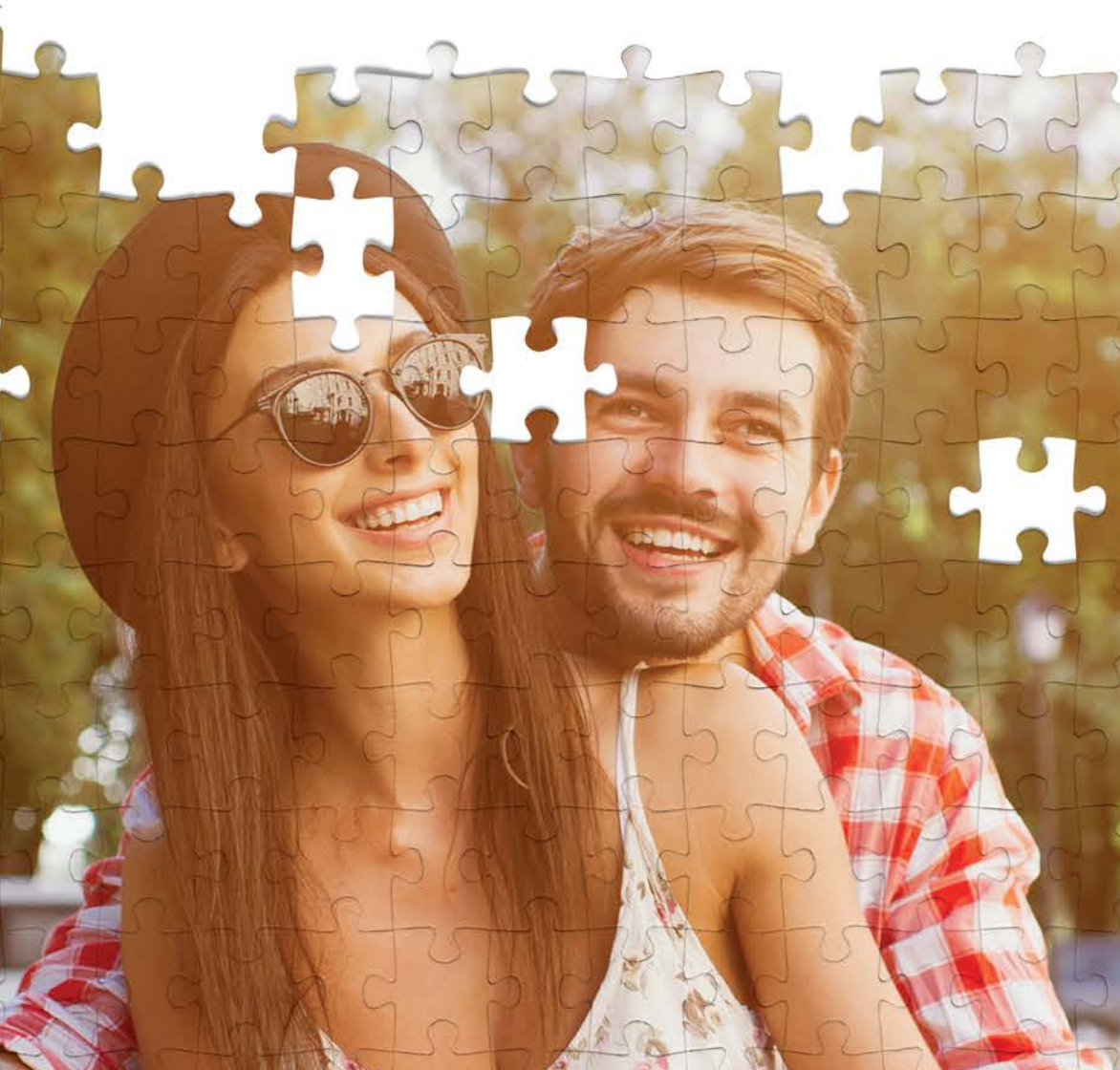
MAPFRE

CONDICIONES GENERALES
PROTECCIÓN MÉDICA
A TU MEDIDA

PROTECCIÓN MÉDICA
A TU MEDIDA



Condiciones generales del seguro Protección Médica a tu Medida Individual/Familiar 2026

ÍNDICE DE CONTENIDO

1. Definiciones 3
2. Objeto del seguro 10
3. Contrato 10
4. Paquetes 10
5. Gastos médicos cubiertos 13
6. Gastos médicos cubiertos con período de espera 20
7. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado 21
8. Exclusiones 27
9. Riesgos no amparados por el contrato. 32
10. Coberturas opcionales con costo 33
    10.1 Tu recuperación 33
    10.2 Tu recuperación plus 35
    10.3 Tú atención alternativa 37
    10.4 Donde tú vayas 38
    10.5 Tu protección 42
    10.6 Tu soporte asistencial 51
    10.7 Tu escudo 57
    10.8 Tus días seguros 61
11. Cláusulas generales 62
    11.1 Cláusulas de interés para el asegurado 62
    11.2 Cláusulas Operativas 67
    11.3 Cláusulas Contractuales 69
12. Anexo de Leyes 73

1. Definiciones

MAPFRE. En lo sucesivo se entenderá por MAPFRE a la aseguradora **MAPFRE MÉXICO S.A.**

ABORTO INVOLUNTARIO (ESPONTÁNEO). Ocurre cuando se interrumpe el embarazo antes de la semana 20 de gestación (ciento treinta y tres (133) días) con la consecuente expulsión de alguno de los productos de la concepción (placenta, membranas o feto menor a quinientos (500) gramos).

ACCIDENTE. Es la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado y que le origine directamente lesiones corporales que requieran tratamiento médico o quirúrgico dentro de los treinta (30) días siguientes a la ocurrencia.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará accidente cubierto:

a) La alteración de la salud por asfixia o por aspiración involuntaria de gases o vapores letales.
b) La alteración de la salud por electrocución involuntaria.
c) Envenenamiento por ingestión involuntaria de sustancias tóxicas o medicamentos.

ACNÉ CONGLOBATA. Es un tipo de acné quístico severo que se caracteriza por la inflamación, el enrojecimiento, el dolor y la formación de nódulos y abscesos en la piel.

ASEGURADO. Es aquella persona que obtiene el beneficio de la cobertura del plan contratado, pudiendo ser asegurado titular o dependiente económico.

ASEGURADO TITULAR. Es la persona física que firma la solicitud como asegurado principal. Podrá autorizar a una persona para cobrar saldos pendientes a su favor derivados de gastos amparados por la póliza en caso de fallecimiento.

CONTACT CENTER. Este servicio se otorga para cada integrante de la póliza y consiste en ofrecer asistencia telefónica las veinticuatro (24) horas del día y durante los trecientos sesenta y cinco (365) días del año a nivel nacional.

CIRUGÍA PROGRAMADA. Beneficio otorgado al asegurado cuando MAPFRE confirma el pago directo al prestador de servicios antes de que ocurra la intervención quirúrgica, de acuerdo a lo establecido en la cláusula 7.9. Pago directo de la sección 7. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado.

COASEGURO. De los gastos cubiertos, es el porcentaje con el que participa el asegurado después de descontado el deducible, el cual se encuentra establecido en la carátula de la póliza.

COBERTURA ELEMENTAL. Es la cobertura básica establecida en las secciones 5. Gastos médicos cubiertos y 6. Gastos médicos cubiertos con período de espera de las presentes condiciones generales.

COFEPRIS. Es el órgano encargado de la regulación y fomento sanitario de la producción, comercialización, importación, exportación, publicidad o exposición involuntaria de: medicamentos y tecnologías para la salud, sustancias tóxicas peligrosas, productos y servicios, salud en el trabajo, saneamiento básico y riesgos derivados de factores ambientales.

CONTRATANTE. Persona física o moral que celebra el contrato de seguro para sí o para terceros y es el responsable del pago de la prima.

CORROBORACIÓN DE DIAGNÓSTICO Y/O PROCEDIMIENTO. A solicitud de MAPFRE el asegurado y sus dependientes deberán corroborar el diagnóstico y/o procedimiento inicial del padecimiento a tratar, por medio de médicos especialistas que no participan de ninguna manera en

la atención médica y que son designados por MAPFRE. Dicha corroboración no tiene costo alguno y se aplica en los casos donde MAPFRE lo considere conveniente, esto de acuerdo con el artículo 69 de la Ley sobre el contrato.

CULPA GRAVE. Actuar sin el cuidado necesario o de manera negligente (conducta violenta) en el cumplimiento de un encargo u obligación trayendo consigo un daño.

DEDUCIBLE. De los gastos cubiertos, es la primera cantidad erogada que queda a cargo del asegurado, la cual se encuentra establecida en la carátula de la póliza.

DEPENDIENTES ECONÓMICOS. Cónyuge, concubina o concubinario del titular, hijos (as) incluidos (as) en la póliza, hijos (as) de las hijas aseguradas siempre y cuando hayan nacido dentro de la vigencia de la póliza, así como nietos, hermanos y personal doméstico de tiempo completo.

DÍA DE HOSPITALIZACIÓN. Se entiende por día de hospitalización, las veinticuatro (24) horas continuas en que el asegurado se encuentre internado en un hospital.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL. Son todas aquellas pruebas clínicas, de laboratorio, gabinete o de imagenología que se realicen con la finalidad de descartar otras enfermedades de característica o manifestaciones similares.

DOLO. Realizar voluntariamente la comisión de un acto o acción con pleno conocimiento de causa para (configurar/originar) un daño hacia un tercero.

DOMICILIACIÓN BANCARIA. Autorización otorgada por el contratante para que el pago de la prima o la fracción de ella en caso de pago en parcialidades se realice con cargo a su cuenta bancaria o tarjeta de crédito.

EMERGENCIA EN EL EXTRANJERO. Es toda emergencia médica que ocurra fuera del territorio nacional, siempre y cuando la estancia sea con fines distintos a la atención de la salud.

EMERGENCIA MÉDICA. Es la aparición súbita de una alteración del estado de salud del asegurado que se manifiesta con síntomas agudos que de acuerdo con su severidad ponen en peligro la vida del asegurado o la viabilidad de alguno de sus órganos. La emergencia desaparece en el momento en que se logra la estabilización médica del asegurado.

ENDOSO. Es el documento que modifica, previo acuerdo de las partes, las condiciones del contrato y que forman parte de éste.

ENFERMEDAD. Es toda alteración de la salud que resulte de la acción de agentes morbosos de origen interno o externo que amerite tratamiento médico o quirúrgico.

Las recaídas, complicaciones y secuelas se considerarán como un solo evento.

Para efectos del presente contrato y conforme a las estipulaciones de éste también se considerará enfermedad cubierta, aplicando deducible y coaseguro:

a) Hernias, protrusión y eventraciones de cualquier tipo, cualquiera que sea su causa, incluyendo las ocasionadas por un accidente.
b) Lesiones accidentales cubiertas por la póliza que no hayan recibido atención médica dentro de los primeros treinta (30) días de ocurridas.
c) Complicaciones del embarazo, siempre y cuando el embarazo haya iniciado durante la vigencia de la póliza. **Se excluirán los gastos correspondientes al parto.**

ENFERMEDADES CONGÉNITAS. Alteración del estado de la salud fisiológico y/o morfológico en alguna parte, órgano o sistema del cuerpo que tuvo su origen durante el período de gestación, con

independencia de que se haga evidente al momento o después del nacimiento. El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período de gestación y den origen a diversas malformaciones congénitas serán consideradas como un solo evento.

ESTABILIZACIÓN MÉDICA. Salir de la situación crítica del estado agudo del padecimiento manteniendo sus signos vitales dentro de los rangos normales.

ESTADO DE CONTRATACIÓN. Es el estado de residencia utilizado por MAPFRE para el cálculo de la prima.

ESTUDIO DIFERENCIAL. Son todas aquellas pruebas clínicas, de laboratorio, gabinete o de imagen que se realicen con la finalidad de descartar otras enfermedades de característica o manifestaciones similares

EVENTO. Se considera como un solo evento a todo tipo de afectación inmediata a consecuencia de un padecimiento o accidente, así como a todas las lesiones, complicaciones, enfermedades, recaídas, secuelas o afecciones, derivadas del acontecimiento inicial.

FDA. Es la agencia del gobierno de los Estados Unidos responsable de la regulación de alimentos (tanto para personas como para animales), medicamentos (humanos y veterinario), cosméticos, aparatos médicos (humanos y animales), productos biológicos y derivados sanguíneos.

FRANJA FRONTERIZA. Se refiere al territorio de Estados Unidos cuyo límite sur es la frontera con México que constará para efectos del presente seguro de treinta y dos (32) kms o veinte (20) millas de ancho.

FRANQUICIA. Es el monto establecido en la carátula de la póliza como concepto de Deducible, a razón de que dichos montos corresponden a la misma cantidad. De los gastos erogados cubiertos, es la primera cantidad que MAPFRE cubrirá desde el primer peso en caso de que sea rebasado, en caso contrario, el monto de dichos gastos queda a cargo del asegurado.

HONORARIOS MÉDICO-QUIRÚRGICOS. Es el pago que obtiene el profesional legalmente reconocido, por los servicios que presta a los asegurados, de acuerdo con las condiciones generales y especiales de este contrato.

HOSPITAL. Institución de salud legalmente autorizada para la atención médica y quirúrgica de pacientes.

HOSPITALES DE RED. Son los indicados en el directorio de prestadores de servicios a los que se tiene derecho de acuerdo con el estado y opción contratada. Dicha información puede ser consultado a través de del centro de atención telefónica Contact Center o en la página de Internet: www.mapfre.com.mx.

IMPLANTACIÓN. Se refiere a la inclusión, inserción, inoculación o injerto. Su aplicación depende del tema o la especialidad de la que se trate. Puede ser tejido, substancias orgánicas, artificiales, radioactivas, o aparatos eléctricos como los marcapasos.

MALA FE. Llevar a cabo una acción o un comportamiento con el objetivo de sacar una ventaja en beneficio propio.

MATERNIDAD SUBROGADA. Método de reproducción asistida a través del cual una mujer, conocida como gestante, accede a gestar al hijo de otra persona o pareja.

MEDICAMENTO. Sustancia o mezcla de sustancias de origen natural o sintético que tenga efecto terapéutico o rehabilitador, que se presente en forma farmacéutica y que se identifique como tal por su actividad farmacológica, características físicas, químicas y biológicas, que esté registrado ante la

Secretaría de Salud para su venta, distribución, uso y aplicación en el país, y que sea adquirido a través de un distribuidor autorizado por el laboratorio que lo fábrica.

MÉDICO. Profesional titulado y legalmente autorizado para el ejercicio de la medicina, que puede ser médico general, especialista y/o cirujano certificado en la materia en la cual va a ejercer el procedimiento; que no sea familiar del asegurado por consanguinidad o por afinidad hasta segundo grado.

MÉDICO ACUPUNTURISTA. Es aquel profesional que cuenta con los documentos que lo acrediten como tal (título y cédula profesional), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como acupunturista.

MÉDICO HOMEÓPATA. Es aquel profesional médico que cuenta con los documentos que lo acrediten como tal (título y cédula profesional), así como los estudios complementarios expedidos por alguna universidad que lo acrediten como homeópata.

MÉDICO DE RED. Médico que celebre o mantenga convenio con MAPFRE para dar trato preferencial a sus asegurados.

MOBBING. Situación en la que una persona ejerce una violencia psicológica extrema, de forma sistemática y recurrente y durante un tiempo prolongado sobre otra persona o personas en el lugar de trabajo con la finalidad de destruir las redes de comunicación de la víctima o víctimas, destruir su reputación y/o perturbar el ejercicio de sus labores.

PADECIMIENTO. Para efectos de este contrato, se refiere a cualquier enfermedad o accidente.

PADECIMIENTO PREEXISTENTE. Se considerará preexistente, cualquier padecimiento que cumpla con los siguientes puntos:

a) Que previamente a la celebración del contrato se haya declarado la existencia de dicho padecimiento o enfermedad, o que se compruebe mediante el resumen clínico en donde se indique que se ha elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

   Cuando la Institución de Seguros o Sociedad Mutualista cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el resumen clínico, para resolver la procedencia de la reclamación, o

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad o padecimiento de que se trate;

PAGO DIRECTO. Es el pago que realiza directamente MAPFRE al prestador de servicios en convenio, siempre y cuando se apegue a lo establecido en la cláusula 7.9. Pago directo de la sección 7. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado**.**

PARTO NORMAL. (Eutócico, natural o vaginal). Es la etapa final del embarazo caracterizada por la expulsión del producto vía vaginal pasando por las diferentes etapas del mismo y en el tiempo estimado (según características y antecedentes de la madre) sin ninguna complicación tanto para el producto como para la madre.

PARTO PREMATURO. Ocurre cuando se obtiene un producto entre las semanas veinte (20) y treinta y siete (37) de gestación como consecuencia de la ruptura de membranas, dilatación cervical con contracción uterina.

PERIODO AL DESCUBIERTO. Es el período de tiempo durante el cual cesan los efectos de este contrato por la falta de pago de primas. Dicho periodo iniciará a partir del inicio de vigencia del recibo que no haya sido pagado durante el periodo de gracia.

PERÍODO DE CARENCIA (HOSPITALIZACIÓN). Es el número de días de hospitalización que deben transcurrir desde el ingreso del asegurado al hospital antes de que MAPFRE deba pagar la indemnización diaria desde el primer día de hospitalización. Este período es a elección del asegurado y se indica en la carátula de la póliza.

PERÍODO DE CARENCIA (INCAPACIDAD). Es el número de días de incapacidad temporal que deben transcurrir antes de que MAPFRE pagar la indemnización diaria desde el primer día de incapacidad temporal. Este período es a elección del asegurado y se indica en la carátula de la póliza.

PERÍODO DE CARENCIA (TERAPIA INCLUSIVA INTEGRAL). Número de consultas, terapias o sesiones que deben de transcurrir y cuyo costo queda a cargo del asegurado, antes de que MAPFRE comience a cubrir la consulta, rehabilitación o terapia.

PERÍODO DE ESPERA. Se refiere al tiempo continuo e ininterrumpido que debe transcurrir a partir de la fecha de inicio de vigencia de la póliza antes de considerar cubiertos los gastos por las enfermedades que se enuncian en la sección 6. Gastos médicos cubiertos con período de espera. Este período de espera opera para cada asegurado.

PERÍODO DE GRACIA. Período de treinta (30) días naturales siguientes a la fecha de vencimiento de la prima, o fracción de ella en caso de pago en parcialidades a partir del inicio de vigencia del recibo; con que cuenta el contratante para liquidar el total de la prima o cada una de las fracciones pactadas en el contrato. Este período comenzará a computarse siempre y cuando la prima, o fracción de prima, no haya sido pagada a la fecha de su vencimiento.

A las doce (12) horas del último día del período de gracia, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o la fracción pactada.

En el período de gracia no operará el pago directo si la prima no está pagada.

POLITRAUMATISMO. Múltiples lesiones traumáticas de alto riesgo de muerte y/o lesiones irreversibles que deben ser tratadas inmediatamente producidas en un mismo accidente que provocan deterioro circulatorio, respiratorio y/o neurológico.

PRÁCTICA O ACTIVIDAD PROFESIONAL DE DEPORTES. La realización de deportes que impliquen un beneficio o ingreso en efectivo, en especie o en forma de beca para el que lo realiza.

PROCEDIMIENTO Y/O TRATAMIENTO DE VANGUARIA. Es aquel procedimiento o tratamiento que utiliza técnicas novedosas y avanzadas en el ámbito médico y que supone la utilización de medicamentos, equipos y/o materiales de reciente desarrollo, que deben contar con la aprobación para su uso y aplicación en padecimientos específicos y que cuenten con la certificación de la autoridad sanitaria competente.

PRÓTESIS. Pieza o dispositivo que reemplaza o adopta a un órgano vital o miembro y que tiene la finalidad de adoptar de forma total o parcial la funcionalidad del órgano vital ó miembro original, ya sea de forma temporal o permanente.

QUIROPRÁCTICO. Es aquel profesional el cual cuenta con los documentos oficiales que lo acrediten como tal (título y cédula profesional), y es egresado de alguna escuela de quiropráctica autorizada y reconocida por las autoridades para el ejercicio de su profesión, quien se basa en el estudio, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mecánicos del sistema neuro-esquelético aplicando los principios de manipulación y ajuste de la columna vertebral.

RECAÍDA. Aquella situación en la que un paciente se ve aquejado nuevamente por alguna enfermedad considerada preexistente a la contratación de la póliza.

RECIÉN NACIDO SANO. Se considera como recién nacido sano a la persona que tenga menos de sesenta (60) días de haber nacido.

RECONOCIMIENTO DE ANTIGÜEDAD. Es el período de tiempo durante el cual el asegurado ha estado amparado en forma continua e ininterrumpida por una póliza de gastos médicos mayores en MAPFRE o en otra compañía de seguros legalmente establecida en la república mexicana.

Para reconocer un período de antigüedad, el asegurado y/o el contratante deberá solicitar y pagar la prima correspondiente, además de comprobar dentro de los treinta (30) días naturales siguientes al inicio de vigencia de la póliza contratada con MAPFRE, que las prima(s) de la(s) póliza(s) en dónde haya estado amparado el asegurado fue (ron) pagada(s); así como sus carátulas de pólizas.

La antigüedad reconocida será tomada en cuenta para el cómputo de los períodos de espera señalados dentro de los gastos y tratamientos cubiertos bajo estas condiciones generales, con excepción de los padecimientos que indiquen lo contrario, para los cuales deberá transcurrir el período señalado de forma estricta y sin excepción alguna.

La antigüedad reconocida para cada asegurado se indicará en la póliza.

REEMBOLSO. Es el pago de los gastos erogados por el asegurado a consecuencia de un padecimiento cubierto por esta póliza, de acuerdo con las condiciones contratadas. Sólo se pagarán aquellas facturas y/o recibos que cumplan con los requisitos fiscales vigentes bajo los términos establecidos en la cláusula 7.10. Reembolso de la sección 7. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado.

REHABILITACIÓN FÍSICA Y/O MUSCULO ESQUELÉTICA. Tratamientos médicos de rehabilitación física y/o musculo esquelética dirigidas a mejorar la capacidad física y funcional de una persona, con el objetivo de mejorar su autonomía e integración social realizados en centros especializados y certificados por la secretaria de salud, dichos tratamientos deber ser indispensables para reducir los efectos de las afecciones que producen incapacidad física en algún grado.

RENTA DIARIA. Es la cantidad de dinero que se indemnizará al asegurado por cada día de hospitalización o de incapacidad temporal, este concepto se encuentra indicada en la carátula de la póliza.

SEGUNDA VALORACIÓN. A solicitud de MAPFRE, los asegurados deberán corroborar el diagnóstico inicial del padecimiento a tratar, por medio de médicos de red designados por MAPFRE. Este servicio se otorga sin costo alguno y se aplica en los casos donde MAPFRE, lo considere conveniente.

SIDA. Síndrome de inmuno deficiencia adquirida (SIDA) es la etapa final de la infección provocada por el Virus de inmuno deficiencia humana (VIH).

SIGNOS. Son las manifestaciones objetivas de una enfermedad que son demostradas mediante un diagnóstico por un médico legalmente autorizado mediante pruebas de gabinete, laboratorio u otro medio reconocido de diagnóstico.

SÍNTOMAS. Son las manifestaciones clínicas propias de una enfermedad que son expresadas por el paciente.

SUMA ASEGURADA. Se define como el límite máximo de responsabilidad de MAPFRE, para cada asegurado a consecuencia un padecimiento cubierto.

TABULADOR DE HONORARIOS MÉDICOS. Lista detallada de procedimientos médico-quirúrgicos donde se especifica el monto máximo a pagar por cada uno de ellos, de acuerdo con el estado y opción contratada. Incluye honorarios médicos por consultas, intervenciones quirúrgicas y/o tratamientos médicos. Esta lista podrá actualizarse de manera anual y puede ser consultada y descargada en nuestro portal www.mapfre.com.mx

El presente tabulador únicamente operará cuando las reclamaciones sean por algún padecimiento cubierto.

TIPO DE DEDUCIBLE. Es la modalidad del deducible elegido por el asegurado, el cual estará indicado en la caratula de la póliza. Los términos y condiciones de cada modalidad se establecen en la cláusula 7.2. Del deducible de la sección 7. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado.

TOPE DE COASEGURO. Es la cantidad máxima que paga el asegurado por concepto de coaseguro por cada padecimiento cubierto, establecido en la carátula de la póliza.

TRATAMIENTO MÉDICO. Metodología no quirúrgica que sistematiza y ordena los pasos para establecer una terapéutica racional para el restablecimiento de la salud o lesiones corporales que este registrado ante la Secretaría de Salud para su uso, venta, distribución en el país y que esté relacionado al padecimiento reclamado.

TRATAMIENTO PROFILÁCTICO. Son todas aquellas acciones de salud que tienen como objetivo prevenir la aparición de una enfermedad en el organismo.

VIH. Se considera que una persona está infectada por el virus de inmuno deficiencia humana (VIH) cuando en una prueba serológica (ELISA) el resultado es positivo y esto es confirmado mediante una prueba suplementaria de Western Blot.

VITAL. Se refiere a lo que es necesario, indispensable, insustituible e irremplazable para que una persona siga viva.

2. Objeto del seguro

MAPFRE indemnizará los gastos erogados por atención médica realizados durante la vigencia de la póliza para el restablecimiento de la salud derivado de un accidente y/o enfermedad cubierta, bajo los lineamientos establecidos en las presentes condiciones generales, en la carátula de la póliza y los endosos adheridos a la misma.

3. Contrato

El contrato de seguro está conformado por la solicitud que el contratante, asegurado titular o asegurado ha firmado y entregado a MAPFRE, la carátula de la póliza, las presentes condiciones generales, así como las cláusulas adicionales o endosos adheridos a la póliza. Los agentes de seguros y su personal carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

De acuerdo con el Artículo 25 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, el asegurado puede pedir rectificación sobre el contenido de su póliza dentro de los primeros treinta (30) días a partir de que reciba la misma, en caso contrario, se consideran aceptadas las estipulaciones y modificaciones de la póliza.

4. Paquetes

Dentro del presente seguro se cuenta con los siguientes paquetes, dentro de los cuales el asegurado puede contratar las coberturas disponibles en cada uno de ellos, como se indica a continuación:

Cobertura	Empresarial	Esencial	Horizonte seguro (Hombre)	Horizonte seguro (Mujer)	Uno más uno	Familiar	Alta protección
Cobertura Elemental	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Prótesis y Aparatos ortopédicos	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Rehabilitaciones	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Tratamientos Dentales	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Tratamientos Reconstructivos y estéticos	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Complicaciones de gastos no cubiertos	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Procedimientos de vanguardia	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible

Cobertura	Empresarial	Esencial	Horizonte seguro (Hombre)	Horizonte seguro (Mujer)	Uno más uno	Familiar	Alta protección
Recaídas de padecimientos preexistentes declarados/Padecimientos preexistentes declarados	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Recaídas de padecimientos preexistentes no declarados/Padecimientos preexistentes no declarados.	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Acupuntura, homeopatía y/o quiropráctico.	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Psiquiatra y Psicólogo	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Emergencia en el extranjero	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Enfermedades catastróficas en el extranjero	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Internacional	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	Disponible
Atención nacional total	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Reducción de deducible por accidente	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Previsión	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible

Cobertura	Empresarial	Esencial	Horizonte seguro (Hombre)	Horizonte seguro (Mujer)	Uno más uno	Familiar	Alta protección
Maternidad	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Enlace	Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible
Dental	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Visión	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Eliminación de deducible por enfermedades graves	No Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Ayuda para medicamentos o insumos complementarios	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Red Doble Protección	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Asistencia telefónica	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Asistencia en viaje	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Hogar	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Funeraria	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Enfermedades Frecuentes	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Enfermedades Catastróficas	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Mujer	Disponible	Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Hombre	Disponible	Disponible	Disponible	No Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Cáncer	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Infantil	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	No Disponible	Disponible	No Disponible
Muerte Accidental	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Perdidas orgánicas	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible
Hospitalización	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible

Cobertura	Empresarial	Esencial	Horizonte seguro (Hombre)	Horizonte seguro (Mujer)	Uno más uno	Familiar	Alta protección
Incapacidad	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible	Disponible

El detalle del alcance de cada una de las coberturas anteriores se especifica en adelante dentro del presente documento.

5. Gastos médicos cubiertos

Si durante la vigencia de esta póliza, y como consecuencia directa de padecimientos cubiertos, el asegurado se viera precisado a someterse a tratamiento médico o quirúrgico requerido para el restablecimiento de la salud y siempre que éstos le sean proporcionados por instituciones o por médicos que se encuentren legalmente autorizados para el ejercicio de su actividad, MAPFRE pagará los gastos de acuerdo con los términos establecidos en la sección 7. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado de los siguientes conceptos hasta la suma asegurada contratada estipulada en la carátula de la póliza, ajustándola previamente en su caso al deducible y coaseguro, así como las limitaciones consignadas en las presentes condiciones generales.

5.1 Cobertura elemental

Esta cobertura será la cobertura básica del presente seguro y está conformada por los siguientes conceptos, los cuales se indicarán en la carátula de la póliza:

5.1.1 Gastos hospitalarios

Esta cobertura ampara los gastos erogados en territorio nacional por conceptos de:

5.1.1.1 Cuarto privado estándar para los asegurados de la póliza.
5.1.1.2 Cama extra para el acompañante del asegurado durante la estancia de éste en un hospital, siempre que el asegurado afectado se encuentre en un cuarto privado estándar.
5.1.1.3 Estancia en terapia intensiva, intermedia y/o unidad de cuidados coronarios para los asegurados de la póliza.
5.1.1.4 Sala de operaciones, recuperación y curaciones para los asegurados de la póliza.
5.1.1.5 Renta de equipo de hospital, suministros y atención especializada que sea indispensable para el cuidado médico en el domicilio del asegurado, siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante.

5.1.2 Honorarios médicos

Esta cobertura ampara los siguientes gastos erogados en territorio nacional derivados de un padecimiento cubierto:

5.1.2.1 Las atenciones prestadas al asegurado por cirujanos, ayudantes, anestesiólogos, instrumentistas y circulantes se cubrirán de acuerdo con la siguiente tabla:

Equipo quirúrgico	Monto máximo amparado
Cirujano	El monto resultante para el procedimiento en el tabulador de horarios médicos vigente de acuerdo con la opción y estado contratado.
Anestesiólogo	Treinta por ciento (30%) del monto máximo para el cirujano.
Primer Ayudante	Veinte por ciento (20%) del monto máximo para el cirujano.

Segundo Ayudante	Diez por ciento (10%) del monto máximo para el cirujano.
Instrumentista y circulantes	Cinco por ciento (5%) del monto máximo para el cirujano.

Los procedimientos quirúrgicos que no se encuentren contemplados dentro del tabulador de honorarios médicos vigente se valorarán por similitud.

Adicional a las especificaciones antes mencionadas, se aplicarán las siguientes condiciones:

- Si el asegurado requiere dos (2) cirugías en la misma sesión quirúrgica, los honorarios médicos se cubrirán de la siguiente manera:
  - Si las cirugías son practicadas en la misma incisión quirúrgica por:
    - Un solo cirujano, se indemnizará la cirugía con mayor costo hasta el cien por ciento (100%) y la segunda al cincuenta por ciento (50%).
    - Dos (2) cirujanos de diferente especialidad, se indemnizarán ambas hasta el cien por ciento (100%).
  - Si las cirugías son practicadas en regiones distintas del cuerpo, se indemnizarán ambas cirugías hasta el cien por ciento (100%).
- Si el asegurado requiriese más de dos (2) cirugías en la misma sesión quirúrgica, los honorarios médicos quedarán a cargo del asegurado.
- En caso de un politraumatismo se indemnizará todas las cirugías requeridas al cien por ciento (100%).

5.1.2.2 La atención de enfermeras legalmente autorizadas para ejercer su profesión, se cubrirán siempre y cuando sus actividades sean indispensables para el restablecimiento de la salud de acuerdo con lo indicado por el médico tratante, asistiendo al asegurado hasta las veinticuatro (24) horas al día en diversos turnos (máximo tres (3)) y hasta por treinta (30) días naturales.

El servicio prestado de enfermera además de lo anterior deberá ser intra-domiciliario y previa autorización de MAPFRE será cubierto hasta el monto establecido en el tabulador de honorarios médicos vigentes de acuerdo con la opción y estado contratado, en el cual será necesario anexar la bitácora de atención.

5.1.2.3 Los honorarios quirúrgicos estarán sujetos al tabulador de honorarios médicos hasta la cantidad señalada para los procedimientos detallados en el mismo, la cual incluirá todas las atenciones prestadas al asegurado por cirujanos, ayudantes, anestesiólogos, instrumentistas y circulantes, así como las consultas que se originan por el procedimiento quirúrgico posterior al alta hospitalaria.

Los procedimientos quirúrgicos que no se encuentren contemplados dentro del tabulador de honorarios médicos vigente se valorarán por similitud.

5.1.3 Auxiliares de diagnóstico

Se cubren los gastos erogados por análisis de laboratorio y gabinete, estudios de rayos X, isótopos radioactivos, electrocardiografía, electroencefalogramas, tratamiento con terapia radioactiva, o cualquier otro que esté médicamente justificado para el diagnóstico o tratamiento de padecimientos cubiertos por esta póliza, siempre y cuando sea prescrito por el médico tratante y no sean de tipo experimental o en fase de investigación.

La cobertura de estudios de laboratorio se hará con base en las normas oficiales mexicanas y guías de práctica clínica mexicanas e internacionales.

5.1.4 Medicamentos

Se cubren los gastos erogados por medicamentos adquiridos dentro o fuera del hospital siempre que sean prescritos por el médico tratante y relacionados con el padecimiento cubierto, por lo cual, se debe presentar receta y factura correspondiente con el desglose de los medicamentos.

Dichos medicamentos deben de estar avalados para su uso y comercialización en el territorio nacional.

5.1.5 Ambulancia

Esta cobertura ampara los gastos erogados en territorio nacional por conceptos de:

5.1.5.1 Ambulancia terrestre, siempre y cuando el asegurado:

a) Se vea imposibilitado para trasladarse por sus propios medios desde el sitio donde se encuentra al lugar donde se le va a proporcionar atención médica para el padecimiento reclamado y sea derivado de una emergencia médica.
b) Se encuentre en un hospital que no cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la emergencia médica, y sea necesario trasladarse a otro hospital.

Esta cobertura contempla un (1) servicio de ambulancia terrestre sin costo por asegurado y vigencia, si se requiere dicho traslado derivado de una emergencia médica, es decir, que la vida del asegurado o la funcionalidad de un órgano vital esté en riesgo, para el otorgamiento del servicio será necesario comunicarse al Contact Center. Los servicios adicionales o aquellos que se requieran por otra causa se cubrirán vía reembolso aplicando el coaseguro contratado para la cobertura elemental.

5.1.5.2 Ambulancia aérea, siempre y cuando esta se requiera como consecuencia de una emergencia médica de un padecimiento cubierto, de acuerdo con las condiciones de la póliza y cuando no se cuente con los recursos médicos ni hospitalarios para su atención en el lugar donde se presentó la emergencia médica, y sea necesario médicamente el uso de ambulancia aérea por las condiciones del paciente.

Esta cobertura no contempla límite de eventos y los gastos erogados a través de la misma siempre se cubrirán vía reembolso aplicando sobre el total de la factura de vuelo un coaseguro de treinta por ciento (30%) o el contratado para la cobertura elemental, lo que resulte mayor, sin aplicar tope de coaseguro

MAPFRE cubrirá la indemnización en los términos anteriores, pero no se responsabiliza de la contratación del servicio de sus características o condiciones, ni de los gastos por servicios de uso de aeropuerto.

5.1.6 Gastos adicionales cubiertos por la cobertura elemental

Esta cobertura ampara los gastos erogados en territorio nacional por conceptos de:

5.1.6.1 Consumo de oxígeno y por transfusiones de sangre, aplicación de plasma, sueros y otras substancias semejantes siempre que estas sean prescritas por el médico tratante.

5.1.6.2 Trasplante de órganos hasta la suma asegurada contratada, aplicando deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratado para la cobertura elemental, cubriendo únicamente los gastos del receptor del órgano en caso de que éste sea el asegurado, así como los del

donador exclusivamente por el procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, gastos relacionados con las pruebas de compatibilidad entre el donador y el asegurado, gastos de recuperación intrahospitalaria, gastos de hospitalización y alimentos, a consecuencia de la donación al asegurado.

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:
El pago de estudios de compatibilidad entre el asegurado y posibles donadores, así como retribuciones, donativos o compensaciones adicionales de ninguna especie.

5.1.6.3 Trasplantes de tejido alogénico y/o cadavérico derivado de accidentes y/o padecimientos cubiertos de rodilla y hombro hasta la suma asegurada contratada, aplicando el deducible contratado, se aplicará por concepto de coaseguro el veinte por ciento (20%) o el contratado en la cobertura Elemental, lo que resulte mayor, sin aplicar tope de coaseguro.

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) Los gastos derivados del traslado y/o procuración de tendones, ligamentos y huesos de origen cadavéricos.
b) Cualquier otro trasplante alogénico y/o cadavérico no indicado en la presente cobertura.

5.1.6.4 Los hijos de los asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos desde su nacimiento, sin necesidad de pruebas médicas, siempre y cuando la madre asegurada tenga al menos diez (10) meses de cobertura continua e ininterrumpida dentro del producto al momento del parto o cesárea, se reporte el nacimiento durante los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha de ocurrencia y se realice el pago de prima correspondiente del nuevo asegurado de conformidad a la cláusula 11.3.1 Pago de primas de la sección 11. Cláusulas generales.

Los gastos se cubrirán a partir del nacimiento del nuevo asegurado. El plazo máximo con que cuenta el asegurado o contratante para dar aviso por escrito a MAPFRE de dicho evento será durante los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha del nacimiento. Si transcurrido este plazo MAPFRE no ha recibido ninguna comunicación, la protección del hijo recién nacido quedará sin efecto.

Si no se cumple cualquiera de los requisitos anteriores, la aceptación del recién nacido estará sujeta a la aprobación por parte de MAPFRE, una vez presentados los requisitos de asegurabilidad correspondientes, y al pago de la prima de conformidad a la cláusula 11.3.1 Pago de primas de la sección 11. Cláusulas generales.

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción.
b) Gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto o excluido de la madre asegurada.

Para esta cobertura no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.

5.1.6.5 Los padecimientos congénitos de asegurados nacidos fuera de la vigencia de la póliza, o para los nacidos durante la vigencia de la póliza y que la madre no cumpla con los diez (10)

meses de cobertura continua e ininterrumpida dentro del producto, se cubrirán los gastos originados por los padecimientos o malformaciones congénitas, siempre y cuando cumplan con las siguientes características:

a) No se hayan presentado signos ni síntomas, ni realizado diagnóstico y tratamiento médico a la fecha de inicio de la cobertura del asegurado en la póliza.
b) No hayan erogado gastos por dichos padecimientos a la fecha de inicio de la cobertura del asegurado en la póliza.
c) El padecimiento haya sido desapercibido por el asegurado a la fecha de inicio de la cobertura del asegurado en la póliza.

Si se cumple con lo anterior, el padecimiento será cubierto bajo las condiciones contratadas, previa valoración médica.

El conjunto de alteraciones que se presenten durante el período gestacional o al nacimiento y den origen a diversas alteraciones en la salud serán consideradas como un solo evento.

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) Gastos por padecimientos o malformaciones congénitas o nacimientos prematuros provocados por alcoholismo, drogadicción o tratamientos de infertilidad o esterilidad.
b) Gastos originados por complicación del recién nacido como consecuencia de un padecimiento no cubierto para la madre asegurada.

5.1.6.6 SEGUNDA OPINION MÉDICA

El asegurado y sus dependientes podrán corroborar el diagnóstico inicial de cualquier padecimiento amparado, por medio de médicos especialistas que el asegurado designe libremente de entre los médicos de red con MAPFRE. Este beneficio se cubrirá vía reembolso sin necesidad que se rebase el deducible contratado.

5.1.6.7 ACCIDENTES POR PRÁCTICA DEPORTIVA

Se ampararán los gastos erogados indicados en la sección 5.1. Cobertura Elemental con base en las coberturas contratadas, cuando el asegurado, derivado de la práctica de los deportes mencionados en la carátula de la póliza, sufra un accidente.

5.1.6.8 AYUDA PARA TERAPIA INCLUSIVA INTEGRAL

Este concepto ampara los gastos erogados derivados por las sesiones de terapias de tipo motriz, de lenguaje y/o audición en los casos donde el asegurado cumpla con las siguientes condiciones:

1. Cuente con alguno de los siguientes padecimientos cubiertos dentro de la póliza:
    - Trastorno del espectro Autista.
    - Síndrome de Asperger.
    - Síndrome de Down.
2. Dichas terapias sean prescritas por el médico tratante.
3. Dichas terapias sean proporcionadas por personal y/o instituciones médicas especializadas en la materia que están legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión.

Este concepto ampara hasta doce (12) consultas por año póliza, teniendo como límite

máximo el monto especificado dentro el tabulador de honorarios médicos quirúrgicos contratado.

Esta cobertura cuenta con una carencia de tres (3) terapias.

5.1.6.9 CIRUGIA BARIÁTRICA

Se amparan los gastos erogados durante la vigencia de la póliza por concepto de cirugía bariátrica. entendiéndose la misma como la realización de cualquiera de los siguientes procedimientos quirúrgicos:

a) Gastrectomía en manga (Sleeve o manga gástrica).
b) Colocación de banda gástrica ajustable (Lap-band).
c) Bypass (puente) gástrico.

Lo anterior, siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

1. El asegurado deberá contar con un índice de masa corporal (IMC) mayor o igual a treinta y cinco (35).
2. El asegurado tenga entre dieciocho (18) y sesenta (60) años.
3. El procedimiento quirúrgico debe ser prescrito por un médico especialista en la materia.
4. Deberá ser la primera cirugía bariátrica en la vida del asegurado.
5. La cirugía debe ser realizada por un médico con certificación vigente como cirujano bariatra.
6. El asegurado deberá cumplir con el protocolo preoperatorio (visto bueno de endocrinólogo o internista)

Esta cobertura solo opera en territorio nacional.

La Suma Asegurada para esta cobertura será de $200,000 (doscientos mil pesos 00/100 m.n.) o la suma asegurada de la cobertura Elemental, lo que resulte menor.

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado.

Adicional, se amparan los gastos erogados a consecuencia de cualquier emergencia médica por la complicación de los procedimientos anteriormente mencionados en esta cobertura, hasta la estabilización y/o control de la emergencia médica. Se cubrirán los gastos erogados por dicha complicación hasta trescientos mil pesos mexicanos ($300,000 MXN).

5.1.6.10 AYUDA PARA MENOPAUSIA Y ANDROPAUSIA

Se amparan los gastos erogados por terapia hormonal dentro de la vigencia de la póliza, si la o el asegurada (o) cuenta con alguno de los siguientes diagnósticos:

- Menopausia
- Pre-menopausia
- Andropausia

La suma asegurada para esta cobertura será de $20,000 (veinte mil pesos 00/100 m.n.), o la suma asegurada de la cobertura Elemental, lo que resulte menor, siempre y cuando la terapia hormonal sea prescrita por el médico tratante especialista de la materia.

Para efectos de esta cobertura, se establece un deducible de 2 Unidades de Medida y Actualización Mensual (UMAM), conforme al factor vigente de la UMAM al momento del primer gasto erogado procedente.

La edad de aceptación para esta cobertura es a partir de los cuarenta (40) años hasta los sesenta y cuatro (64) años.

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) Cualquier padecimiento no enlistado en la presente cobertura.
b) Cualquier padecimiento cuyo síntomas, signos o diagnóstico sea previo a la contratación de la cobertura.

5.1.6.11 AYUDA PARA ACNÉ CONGLOBATA

Se ampararán los gastos derivados por acné conglobata dentro de la vigencia de la póliza, siempre y cuando se cumpla con lo siguiente:

- Que dicho acné cumpla con la definición de Acné conglobata especificada en la sección 1. Definiciones.
- El tratamiento sea prescrito por parte de un médico especialista de la materia.

Los gastos erogados procedentes se cubrirán hasta la suma asegurada de $20,000 (veinte mil pesos 00/100 m.n.).

Para efectos de esta cobertura, se establece un deducible de 2 Unidades de Medida y Actualización Mensual (UMAM), conforme al factor vigente de la UMAM al momento del primer gasto erogado procedente.

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) Cualquier padecimiento cuyos síntomas, signos o diagnósticos sea previo a la contratación de la cobertura.

5.1.6.12 AYUDA PARA SALPINGOCLASIA

Se ampararán los gastos erogados procedentes de la práctica de salpingoclasia hasta la suma asegurada de $20,000 (veinte mil pesos 00/100 m.n.), siempre y cuando el procedimiento sea determinado y prescrito por un médico especialista en la materia y dicho procedimiento se requiera a consecuencia de un padecimiento o accidente cubierto.

5.1.6.13 AYUDA PARA ESTUDIOS DIFERENCIALES

Se amparan los gastos erogados procedentes de estudios diferenciales, siempre y cuando:

- Se cumpla con la definición “Estudio diferencial” establecida en el número 1. Definiciones.
- Dichos estudios diferenciales sean prescritos por el médico tratante y sean proporcionados por personal y/o instituciones médicas especializadas y legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión.

Adicional, los mismos deberán estar relacionados al padecimiento final diagnosticado y/o deberán apegarse al protocolo médico establecido en las Guías Médica

6. Gastos médicos cubiertos con período de espera

Para cubrir los gastos erogados por los siguientes padecimientos deberá transcurrir el período de espera estipulado, con excepción de los gastos erogados a consecuencia de un accidente o una emergencia médica.

Todos los gastos erogados por los padecimientos considerados en este apartado se rigen por las condiciones de cobertura contratadas para la cobertura.

6.1 Con treinta (30) días.

Se cubrirán los gastos erogados por las enfermedades que se presenten treinta (30) días después de la fecha de inicio de vigencia para cada asegurado, **siempre y cuando no sean preexistentes, ni estén excluidas por las presentes Condiciones Generales**. Este periodo de espera no opera en la renovación de la póliza.

6.2 Con seis (6) meses.

Se cubrirán los gastos erogados indicados en la caratula de la póliza por los siguientes padecimientos cuando el asegurado cumpla con seis (6) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, **siempre y cuando no sea enfermedad preexistente**

a) Rodilla.
b) Enfermedades ácido pépticas.

6.3 Con diez (10) meses.

Se cubrirán los gastos erogados indicados en la caratula de la póliza por los siguientes padecimientos cuando la madre asegurada cumpla con diez (10) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, **siempre y cuando no sea enfermedad preexistente:**

a) Padecimientos y malformaciones congénitas en el asegurado nacido en la vigencia de la póliza, de acuerdo con lo establecido en el punto 5.1.6.3 de las presentes condiciones generales.
b) Maternidad, siempre y cuando la asegurada cuente con la cobertura 10.5.4. Maternidad, la cual estará indicada en la caratula de la póliza.

6.4 Con doce (12) meses.

Se cubrirán los gastos erogados indicados en la caratula de la póliza por los siguientes padecimientos cuando el asegurado cumpla con doce (12) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, **siempre y cuando no sea enfermedad preexistente**

a) Ginecológicos.
b) Insuficiencias del piso perineal.
c) Vesícula y vías biliares.
d) Litiasis del sistema urinario.
e) Várices.
f) Hipertensión Arterial.
g) Diabetes Mellitus.
h) Hernias inguinales, inguino escrotales y post incisionales.
i) Glándulas mamarias. En caso de fibrosis quística mamaria o cualquier otra afección tumoral.

j) Padecimiento de nariz y senos paranasales, siempre y cuando presenten fotografías y estudios radiográficos previos al evento quirúrgico.
k) Cirugía de pared y hernias abdominales.
l) Cáncer (Tumor maligno).
m) Padecimientos relacionados con la columna vertebral.

6.5 Con veinticuatro (24) meses.

Se cubrirán los gastos erogados indicados en la caratula de la póliza por los siguientes padecimientos cuando el asegurado cumpla con veinticuatro (24) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, **siempre y cuando no sea enfermedad preexistente:**

a) Circuncisión, siempre y cuando no sea con fines profilácticos. No opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.
b) Cataratas: MAPFRE considerará como un solo evento las cataratas que se presenten en ambos ojos siempre y cuando el tiempo transcurrido entre la cirugía de uno y otro no sea mayor a seis (6) meses. En este caso se aplicará un solo deducible y coaseguro.
c) Amígdalas y adenoides.
d) Ano rectales.
e) Prostáticos y artritis reumatoide.
f) Hallux valgus (juanetes).
g) Apnea obstructiva (enfermedad del sueño)
h) Aparatos auditivos, bajo los límites establecidos en la cláusula 10.1.1 Prótesis y aparatos ortopédicos de la sección 10. Coberturas opcionales con costo.
i) Intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo), siempre que el asegurado tenga cinco (5) o más dioptrías en al menos uno de los ojos, presentándose un estudio de paquimetría o topometría corneal. No opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.

6.6 Con 48 meses.

Se cubrirán los gastos erogados indicados en la caratula de la póliza por los siguientes padecimientos cuando el asegurado cumpla con cuarenta y ocho (48) meses de cobertura continua e ininterrumpida en la póliza, **siempre y cuando no sea enfermedad preexistente**:

a) Infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y sus complicaciones (SIDA), siempre y cuando los anticuerpos VIH sean seropositivos y no hayan sido detectados antes o durante este período, teniendo como tope la suma asegurada de la cobertura elemental, lo que resulte menor. No opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.

b) Intervenciones quirúrgicas para corregir problemas de refracción (miopía, hipermetropía y astigmatismo) cuando el asegurado tenga menos de cinco (5) dioptrías. No opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.

7. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado

7.1 De la suma asegurada.

Toda indemnización que MAPFRE pague por algún padecimiento por asegurado por los conceptos amparados en la caratula de la póliza, reducirá en igual cantidad la suma asegurada, siendo

reinstalada automáticamente para otros padecimientos diferentes que ocurran o se inicien durante la vigencia de la póliza, sin pago de prima adicional.

7.2 Del deducible.

El deducible que se aplicará dependerá del tipo de deducible contratado, el cual, estará en la caratula de la póliza:

a) Por padecimiento: Si el asegurado contrata esta opción, los gastos reclamados por cada uno de los padecimientos cubiertos deberán ser mayor a la opción contratada, el deducible no se reinstalará.

   En toda reclamación por enfermedad será necesario que el total de los gastos procedentes supere el deducible contratado, **excepto para el pago de complementos de reclamaciones anteriores.**

   En caso de que el Contratante haya solicitado cambio de deducible y este sea superior al inicialmente contratado, para los gastos erogados procedentes a partir del cambio a consecuencia de siniestros ocurridos previos a la modificación correspondiente, el asegurado deberá cubrir el monto diferencial entre el nuevo deducible solicitado y el pagado hasta el momento de la reclamación realizada.

b) Por padecimiento anual: Si el asegurado contrata esta opción, los gastos reclamados por cada uno de los padecimientos cubiertos deberán ser mayor a la opción contratada, reinstalándose el deducible al aniversario del siniestro.

   En toda reclamación por enfermedad será necesario que el total de los gastos procedentes supere el deducible contratado. Para el pago de complementos de reclamaciones anteriores, los gastos deberán pasar el deducible siempre que el deducible se haya reinstalado.

c) Personal: Si el asegurado contrata esta opción, los gastos reclamados en caso de enfermedad por uno o varios padecimientos cubiertos contarán para el deducible hasta agotarlo, una vez agotado, los gastos de los padecimientos nuevos o complementarios deberán ser mayor a la franquicia estipulada en la caratula de la póliza para poder ser indemnizados desde el primer peso; de lo contrario no se podrán indemnizar dichos gastos.

   El deducible se reinstalará en cada renovación de la póliza. Iniciando nuevamente el proceso de acumulación de deducible ya sea para nuevos padecimientos o complementarios.

d) Familiar: Si se contrata esta opción, los gastos reclamados en caso de enfermedad por uno o varios padecimientos cubiertos de todos los integrantes de la póliza contarán para el deducible, en el momento de rebasar el deducible, los padecimientos nuevos o complementarios deberán ser mayor a la franquicia estipulada en la caratula de la póliza para poder ser indemnizados desde el primer peso, de lo contrario no se podrán indemnizar.

   El deducible se reinstalará en cada renovación de la póliza. Iniciando nuevamente el proceso de acumulación de deducible ya sea para nuevos padecimientos o complementarios.

En toda reclamación por accidente se eliminará el deducible contratado cubriéndose desde el primer gasto erogado procedente, siempre y cuando, el monto total de la(s) reclamación(es) supere(n) el deducible, y el primer tratamiento médico o quirúrgico se realice dentro de los treinta (30) días

naturales siguientes a la fecha en que ocurrió el accidente.

7.3 Del coaseguro.

Aplicará en cada reclamación procedente por accidente o enfermedad, sea inicial o complementaria, una vez descontado el deducible contratado.

7.4 Del tope de coaseguro.

Cantidad máxima por concepto de coaseguro que aplicará por cada accidente o enfermedad, sea inicial o complementaria.

7.5 Del criterio de aplicación de deducible, coaseguro y tope de coaseguro.

De la reclamación que presente el asegurado se sumarán todos los gastos médicos cubiertos, ajustándolos a los límites establecidos en la carátula de la póliza y condiciones generales que delimiten los gastos que de acuerdo con la póliza están cubiertos.

A la cantidad resultante en el párrafo anterior, se le descontarán las participaciones establecidas como deducible y coaseguro que quedan a cargo del asegurado, en el siguiente orden: primero el deducible y a la cantidad restante el coaseguro, hasta el tope de coaseguro contratado. El monto resultante es el que queda a cargo de MAPFRE.

7.6 De la red hospitalaria.

Es aquella red contratada por el asegurado, para acceder o recibir servicios médicos u hospitalarios indicada en la carátula de la póliza.

En caso de recibir la atención en un hospital perteneciente a una red hospitalaria diferente a la contratada, el coaseguro que se aplicará en el gasto hospitalario será el siguiente:

	Red donde reciba la atención			
Red Contratada	**Esencial**	**Óptima**	**Completa**	**Amplia**
Esencial	El coa* contratado	El coa* máximo entre el contratado y 30%.	El coa* máximo entre el contratado y 50%	El coa* máximo entre el contratado y 60%
Óptima	El coa* máximo entre el contratado menos 10pp* y 0%	El coa* contratado	El coa* máximo entre el contratado y 35%	El coa* máximo entre el contratado y 60%
Completa	El coa* máximo entre el contratado menos 15pp* y 0%	El coa* máximo entre el contratado menos 10pp* y 0%	El coa* contratado	El coa* máximo entre el contratado y 50%
Amplia	El coa* máximo entre el contratado menos 20pp* y 0%	El coa* máximo entre el contratado menos 15pp* y 0%	El coa* máximo entre el contratado menos 10pp* y 0%	El coa* contratado

*pp= Puntos porcentuales
*Coa= Coaseguro

En caso de recibir la atención en un hospital perteneciente a una red hospitalaria diferente a la contratada, el tope de coaseguro que se aplicará será el siguiente:

	Red donde reciba la atención			
Red Contratada	**Esencial**	**Óptima**	**Completa**	**Amplia**
Esencial	El contratado	No aplica TC*	No aplica TC*	No aplica TC*
Óptima	El contratado	El contratado	No aplica TC*	No aplica TC*
Completa	El contratado	El contratado	El contratado	No aplica TC*
Amplia	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado

*TC= Tope de coaseguro

En caso de recibir la atención en un hospital que no pertenezca a ninguna de las diferentes redes hospitalarias del presente seguro, el deducible será el contratado para la cobertura elemental, el coaseguro que se aplicará para todos los gastos erogados dentro del hospital será del máximo entre el contratado y sesenta por ciento (60%) sin aplicar el tope de coaseguro contratado. Además de lo anterior, no podrá otorgarse los beneficios de pago directo y cirugía programada establecidos en la cláusula 7.9. Del pago directo de la presente sección.

Para todos los gastos erogados fuera del hospital que hayan sido procedentes de acuerdo con las presentes condiciones generales, se aplicarán los conceptos de deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados y aplicados para la cobertura elemental de acuerdo con las cláusulas 7.2, 7.3 y 7.4.

La red hospitalaria se puede consultar y descargar desde nuestro portal https://www.mapfre.com.mx/servicios-cliente/red-medica/

7.7 De los honorarios médicos quirúrgicos.

El importe por concepto de los honorarios médicos quirúrgicos para territorio nacional será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo con la opción y estado contratado, conforme a lo establecido en la cláusula 5.1.2 Honorarios médicos de la sección 5. Gastos médicos cubiertos. El excedente a estos montos está a cargo del asegurado.

El importe por concepto de los honorarios médicos quirúrgicos para territorio internacional será pagado hasta por el monto señalado en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo con la opción y estado contratado adicionando un porcentaje de acuerdo lo indicado en la cláusula 10.4.1 Emergencia en el Extranjero, 10.4.2 Enfermedades catastróficas en el extranjero y 10.4.3. Internacional. El excedente a estos montos está a cargo del asegurado.

Este catálogo se puede consultar y descargar desde en nuestro portal www.mapfre.com.mx.

7.8 Del estado de atención.

Es aquel estado en el que el asegurado recibe la atención médica, en caso de recibir la atención en un estado diferente al contratado, el coaseguro que se aplicará en el gasto hospitalario, será el siguiente:

Estado contratado	Estado donde reciba la atención						
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4.	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7
Grupo 1	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado
Grupo 2	10ppadicional al coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado
Grupo 3	10pp adicional al coa* contratado	10pp adicional al contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado
Grupo 4	20pp adicional al coa* contratado	10pp adicional al contratado	10pp adicional al coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado
Grupo 5	30pp adicional al coa* contratado	20pp adicional al contratado	10pp coa*adicional al contratado	10pp adicional al coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado
Grupo 6	30pp adicional al coa* contratado	30pp adicional al contratado	20pp adicional al coa* contratado	10pp adicional al coa* contratado	10pp adicional al coa* contratado	El coa* contratado	El coa* contratado
Grupo 7	30pp adicional al coa* contratado	30pp adicional al coa* contratado	30pp adicional al coa* contratado	20pp adicional al coa* contratado	10pp adicional al coa* contratado	10pp adicional al coa* contratado	El coa* contratado

*pp = Puntos porcentuales
*Coa = Coaseguro

*Grupo 1: Cd. de México y Zona Conurbada.
*Grupo 2: Nuevo León y Jalisco.
*Grupo 3: Estado de México (Excepto Zona Conurbada).
*Grupo 4: Hidalgo, Querétaro, Morelos y Guerrero.
*Grupo 5: Coahuila, Durango, Guanajuato, Michoacán, Nayarit y Tamaulipas.
*Grupo 6: Aguascalientes, Baja California Norte, Baja California Sur, Colima, Puebla, San Luis Potosí y Sonora.
*Grupo 7: Campeche, Chiapas, Chihuahua, Oaxaca, Quintana Roo, Sinaloa, Tabasco, Tlaxcala, Veracruz, Yucatán y Zacatecas.

En caso de recibir la atención en un hospital perteneciente a un estado diferente al contratado, el tope de coaseguro que se aplicará será el siguiente:

Estado contratado	Estado donde reciba la atención						
	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4.	Grupo 5	Grupo 6	Grupo 7
Grupo 1	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado

	Estado donde reciba la atención						
Estado contratado	**Grupo 1**	**Grupo 2**	**Grupo 3**	**Grupo 4.**	**Grupo 5**	**Grupo 6**	**Grupo 7**
Grupo 2	No aplica TC*	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado
Grupo 3	No aplica TC*	No aplica TC*	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado
Grupo 4	No aplica TC*	No aplica TC*	No aplica TC*	El contratado	El contratado	El contratado	El contratado
Grupo 5	No aplica TC*	No aplica TC*	No aplica TC*	No aplica TC*	El contratado	El contratado	El contratado
Grupo 6	No aplica TC*	No aplica TC*	No aplica TC*	No aplica TC*	No aplica TC*	El contratado	El contratado
Grupo 7	No aplica TC*	No aplica TC*	No aplica TC*	No aplica TC*	No aplica TC*	No aplica TC*	El contratado

Cuando el asegurado requiera la atención médica y/o quirúrgica derivada de un accidente o emergencia médica, se aplicará el deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratado independientemente del estado de atención.

En caso de tener una penalización por atención en una red hospitalaria mayor y/o estado donde el asegurado reciba la atención aplicará el máximo entre el coaseguro contratado, la atención en una red hospitalaria mayor y el estado de contratación.

En caso de tener una penalización en el coaseguro por algunas de los siguientes supuestos, se sumarán las penalizaciones y aplicará el mínimo entre dicha suma y el sesenta por ciento (60%) sin aplicar tope de coaseguro;

1) Atención en una red hospitalaria mayor, y/o
2) Atención en un hospital que no pertenezca a ninguna de las diferentes redes hospitalarias del presente seguro, y/o
3) Atención en un estado distinto al contratado

7.9 Del pago directo.

Este beneficio se otorga para cubrir el gasto hospitalario que se derive por un padecimiento cubierto, siempre y cuando el asegurado cumpla con lo siguiente:

1) El asegurado reciba la atención médica y/o quirúrgica con médicos y hospitales de la red médica contratada.
2) El motivo de la atención médica o quirúrgica sea derivado de una enfermedad, accidente o emergencia médica cubierta.
3) El monto de los gastos procedentes derivados de la atención médica o quirúrgica rebasen el deducible contratado.
4) Se comunique a “Contact Center” a los teléfonos 55 5246 7502 desde el área metropolitana y al 800 36 500 24 desde el interior de la República Mexicana, solicitando este beneficio. En caso de que el asegurado no se comunique previo al ingreso hospitalario, no se podrá

acceder al beneficio de pago directo. El presente punto específicamente no aplica, salvo cuando la atención médica y/o quirúrgica requerida sea derivada de un accidente o emergencia médica.

Si al momento de la atención médica o quirúrgica de padecimiento cubiertos, la póliza no está pagada o para los casos de pago fraccionado existiera alguna fracción pendiente de pago, no operará el beneficio de Pago Directo ni Cirugía Programada, salvo que el pago de la prima se realice por Domiciliación Bancaria y la póliza no presente periodo al descubierto.

Este beneficio se extiende a la Cirugía Programada el cual se otorgará al asegurado siempre y cuando cumpla con lo siguiente:

1) El asegurado reciba la atención quirúrgica con médicos y hospitales de la red médica contratada.
2) Envíe a MAPFRE con al menos cinco (5) días hábiles de anticipación a la fecha de admisión al hospital elegido, los siguientes documentos:
    a. Informe médico
    b. Aviso de accidente y/o enfermedad
    c. Historia clínica
    d. Resultado de los estudios de apoyo de diagnóstico practicados y en caso de haberse realizado estudios radiológicos, enviar una copia de dicha interpretación.
3) El monto de los gastos procedentes derivados de la atención quirúrgica programados, deberán de rebasar el deducible contratado.
4) Notifique con al menos un día de anticipación a la fecha de admisión, aquellos tratamientos médicos o quirúrgicos diferentes y/o adicionales a los autorizados previamente.

El beneficio de pago directo se podrá otorgar para la cobertura opcional con costo 10.4.3 Internacional, siempre y cuando se cumpla con lo establecido en los puntos antes mencionados. La red hospitalaria internacional se puede consultar y descargar desde nuestro portal https://www.mapfre.com.mx/servicios-cliente/red-medica/

7.10 Del pago vía reembolso.

Se otorgará al asegurado siempre y cuando:

1) Se realice tratamientos quirúrgicos diferentes y/o adicionales a los notificados para “Cirugía programada” y no haya dado aviso de dicho cambio, o
2) Se traten de gastos realizados por tratamientos médicos o gastos complementarios a la atención quirúrgica, o
3) Al momento del ingreso hospitalario, la póliza no esté pagada, o para los casos de pago fraccionado que existiera alguna fracción pendiente de pago, el pago de la prima no se realice por Domiciliación Bancaria.
4) El asegurado no acceda al beneficio de pago directo, o
5) Reciba la atención quirúrgica con médicos y hospitales que no pertenezca a ninguna de las diferentes redes hospitalarias del presente seguro.

8. Exclusiones

Esta póliza no cubre gastos erogados como consecuencia de:

A. Padecimientos preexistentes, salvo lo estipulado en la 10.2.3 y 10.2.4 de la sección 10. Coberturas opcionales con costo.

B. Malformaciones o padecimientos congénitos, salvo lo estipulado en la cláusula 5.1.6 de la sección 5. Gastos médicos cubiertos.

C. Tratamientos psiquiátricos, psicológicos y psíquicos, salvo lo estipulado en la cláusula 10.3.2 de la sección 10. Coberturas opcionales con costo.

D. Estados de depresión psíquica o nerviosa, histeria, neurosis, psicosis, conducta, aprendizaje, lenguajes cualesquiera que fuesen sus causas o manifestaciones clínicas, salvo lo estipulado en la cláusula 10.3.2 de la sección 10. Coberturas opcionales con costo.

E. Complicaciones de padecimientos no cubiertos, salvo lo estipulado en la cláusula 10.2.1 de la sección 10. Coberturas opcionales con costo.

F. Alteraciones del sueño, salvo lo mencionado en la cláusula 6.5 de la sección 6. Gastos médicos cubiertos con período de espera.

G. Padecimientos que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos de drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento o bajo los influjos del alcohol, salvo aquellos en los que se demuestre que el nivel de alcohol en sangre sea menor a 0.8 gramos por litro y en la prueba de aire espirado sea menor a 0.4 miligramos por litro.

H. Calvicie, anorexia, bulimia, acné y nevos, cualquiera que sea su causa, salvo lo estipulado en la cláusula 10.2.1 de la sección 10. Coberturas opcionales con costo y lo estipulado en la cláusula 5.1.6 de la sección 5. Gastos médicos cubiertos.

I. Tratamientos dietéticos, médicos y/o quirúrgicos para reducción de peso o para control de obesidad, cualquiera que sea su causa, salvo lo estipulado en la cláusula 10.2.1 de la sección 10. Coberturas opcionales con costo y lo estipulado en la cláusula 5.1.6 de la sección 5. Gasto médicos cubiertos.

J. Intervenciones quirúrgicas o tratamientos para el control de la natalidad, infertilidad y/o esterilidad, así como sus complicaciones, entendiéndose también como una de este tipo de tratamientos los abortos voluntarios, provocados o inducidos, salvo lo estipulado en la cláusula 10.2.1 de la sección 10. Coberturas opcionales con costo y lo estipulado en la cláusula 5.1.6 de la sección 5. Gastos médicos cubiertos.

K. Gastos por atención y consultas médicas de rutina de recién nacidos, incubadora, cunero, pediatra, circuncisión, control prenatal, chequeos, atención del niño sano, salvo lo estipulado en la cláusula 10.5.4 Maternidad de la sección 10. Coberturas opcionales con costo.

L. En el caso de trasplante de órganos, no estarán cubiertos los gastos del donador ajenos al procedimiento quirúrgico para la extracción del órgano, así como cualquier tipo de complicación derivada de éste. Tampoco se cubrirán gratificaciones o remuneraciones de ninguna índole que llegará a recibir el donador.

M. Tratamiento correctivo médico o quirúrgico de estrabismo o presbiopía, cualquiera que sea su causa.

N. Anteojos y lentes de contacto.

O. Tratamiento con fines profilácticos y preventivos, vacunas, curas de reposo, exámenes médicos para comprobación del estado de salud (Check-up), los exámenes y/o estudios para diagnósticos diferenciales, los medicamentos para la disfunción eréctil (salvo que éstos se presenten como complicación de una enfermedad cubierta por la póliza).

P. Sustancias, suplementos o medicamentos no autorizados en México por la Secretaría de Salud para su venta y/o consumo a pesar contar con la aprobación por la FDA, excepto si son suministrados al recibir la atención en Estados Unidos de acuerdo a los estipulado en las cláusulas, 10.4.1 Emergencia en el extranjero, 10.4.2 Enfermedades Catastróficas en el extranjero y 10.4.3 Internacional en la sección 9. Coberturas opcionales con costo.

Q. Los honorarios y cualquier tipo de tratamiento médico o quirúrgico realizado a través de herbolaria, medicina alternativa, medicina biológica, naturistas, hipnotismo y tratamientos experimentales o de investigación, así como medicamentos de acción y terapia celular, excepto las atenciones de: homeópatas, acupunturistas, quiroprácticos, psicólogos y psiquiatras estipuladas en la cláusulas 10.3.1 Acupuntura, homeopatía y/o quiropráctico y 10.3.2 Psicólogos y/o psiquiatras en la sección 10. Coberturas opcionales con costo.

R. Tratamientos que requiera el asegurado infectado por el VIH y gastos requeridos para su detección, antes de cumplir el periodo de espera estipulado en la cláusula 6.6 de la sección 6. Gastos médicos cubiertos con período de espera; para el caso del recién nacido infectado con el VIH no se cubrirán dichos tratamientos ni gastos si la madre no cuenta

con el periodo de espera estipulado en la cláusula 6.6 de la sección 6. Gastos médicos cubiertos con período de espera.

Además de lo mencionado en el párrafo anterior, no se cubrirán los gastos derivados de cualquier tratamiento o examen no reconocido por la Norma Oficial Mexicana para la prevención y control de la infección por VIH publicado por la Secretaría de Salud.

S. Cualquier complicación derivada durante o después del tratamiento médico o quirúrgico de los padecimientos, afecciones o intervenciones no cubiertas o excluidas en este contrato, salvo lo estipulado en la cláusula 10.2.1 Complicaciones de gastos no cubiertos de la sección 10. Coberturas opcionales con costo.

T. Cualquier gasto realizado por acompañantes del asegurado durante la hospitalización y traslados de éste.

U. Gastos no relacionados con el tratamiento médico, pañuelos desechables, peluquería, lociones corporales, cremas, cosméticos, y dermocosméticos, medias, alimentos de acompañante, caja fuerte, depósito en garantía para el hospital, dulcería, estacionamiento, florista, servicio telefónico, renta de reproductor de DVD o Blu-Ray, control de televisión, servicio de librería, periódicos, servicio de restaurante y cafetería, fotografía del bebé, paquete del recién nacido, perforación del lóbulo de la oreja y trámites de cualquier tipo ante registro civil.

V. Las lesiones o secuelas derivadas directamente del intento de suicidio, cualesquiera que sean las causas o circunstancias que lo provoquen.

W. Lesiones auto-infligidas, mutilación y cualquier consecuencia de la acción voluntaria del asegurado que ponga en riesgo su salud o su vida.

X. Lesiones aun cuando se cometan en estado de enajenación mental o inhalación voluntaria de gas de cualquier clase.

Y. Reposición de prótesis, salvo lo mencionado en la cláusula 10.1.1 de la sección 10. Coberturas opcionales con costo.

Z. Lesiones producidas en riñas provocadas por el asegurado, así como las sufridas al presentar servicio militar, naval, policiaco o en tiempo de guerra, revoluciones, a consecuencia de riesgos atómicos o nucleares de cualquier índole, alborotos populares, insurrecciones o

rebeliones, salvo las lesiones producidas por asalto que hayan sido notificadas al Ministerio Público.

AA. Lesiones producidas como consecuencia de la práctica o actividad profesional de cualquier deporte, salvo pacto en contrario.

BB. Lesiones producidas como consecuencia de la práctica, ya sea profesional o amateur, de los siguientes deportes peligrosos: alpinismo, automovilismo, aviación deportiva, salto de bungee, lucha grecorromana, espeleología, box y tauromaquia.

CC. Lesiones sufridas como consecuencia de la participación directa del asegurado en actos delictuosos.

DD. Cirugías estéticas o reconstructivas ni las complicaciones que deriven de las mismas tales como, implantes mamarios (cualquiera que sea su origen, causa, o consecuencia), reducción mamaria (cualquiera que sea su origen, causa o consecuencia), cirugía nasal estética, liposucción, lipectomía, cirugía de párpados, cirugía de papada, cirugía de glúteos y cualquier otra estética o cosmética, salvo lo estipulado en las cláusulas 10.1.4 Tratamientos reconstructivos y estéticos y 10.2.1 Complicaciones de gastos no cubiertos de la sección 10. Coberturas opcionales con costo.

EE. Cualquier gasto que no esté expresamente citado en la sección 5. Gastos médicos cubiertos.

FF. Responsabilidad civil del médico de cualquier carácter jurídico derivada del servicio recibido.

GG. Los gastos por honorarios médicos y/u honorarios quirúrgicos por tratamiento médico y/o quirúrgico realizado por un familiar del asegurado por consanguinidad o afinidad hasta segundo grado.

HH. Afecciones que resulten o deriven de alcoholismo y/o drogadicción, así como sus respectivos tratamientos de desintoxicación.

II. Las propias mencionadas en la descripción de coberturas contenidas en las presentes condiciones generales.

JJ. Cualquier gasto erogado por padecimientos cuyo primer gasto para diagnóstico o tratamiento se haya realizado antes de cumplirse el periodo de espera estipulado en la sección 6. Gastos Médicos Cubiertos con Periodo de Espera.

KK. Los gastos no relacionados directamente con el tratamiento médico o quirúrgico del padecimiento reclamado, tales como fórmulas lácteas, protectores gástricos, medicamentos antipsicóticos, medicamentos para el tratamiento de disfunción eréctil, medias elásticas, medias TED o medias de compresión neumáticas (de pulso); salvo lo estipulado en la cláusula 10.5.9 Ayuda para Medicamentos o Insumos Complementarios.

LL. Gastos por uso de aeropuerto, en caso de requerir la ambulancia aérea.

MM. Procedimientos de vanguardia, salvo lo estipulado en la cláusula 10.2.2 Procedimientos de vanguardia.

9. Riesgos no amparados por el contrato.

9.1 Riesgos

El presente contrato no ampara las lesiones que sufran los asegurados, salvo que sean solicitados por convenio expreso y por escrito:

a) En taxis aéreos o en aeronaves que no pertenezcan a una línea comercial legalmente establecida y autorizada por la Dirección General de Aeronáutica Civil o por su equivalente en cualquier otro país, para el servicio de transporte regular de pasajeros.
b) Como ocupante de cualquier vehículo de carreras, pruebas o contiendas de seguridad, resistencia o velocidad.
c) En motocicletas, motonetas y otros vehículos similares de motor, utilizados con fines laborales o profesionales.

En caso de aceptar los riesgos, MAPFRE cobrará la extraprima correspondiente; en caso contrario, excluirá los siniestros derivados del riesgo mediante un endoso a la póliza.

9.2 Ocupación

En caso de que el asegurado cambie su ocupación a una diferente a la que tenía al momento de contratar su póliza y que conlleve a un riesgo diferente al aceptado inicialmente, deberá avisar por escrito a MAPFRE y ésta se reserva el derecho de extender la protección para cubrir el riesgo al que se expone por dicha ocupación.

Si MAPFRE acepta el riesgo, cobrará la extraprima correspondiente a la nueva ocupación, en caso contrario excluirá los siniestros derivados del nuevo riesgo mediante un endoso a la póliza.

Si el asegurado no avisa por escrito a MAPFRE, ésta no tendrá obligación de cubrir ningún gasto por reclamación que se derive de la nueva ocupación.

10. Coberturas opcionales con costo

Las siguientes coberturas operan exclusivamente si en la carátula de la póliza se indica que están amparadas y si se realiza el pago correspondiente.

Todas las coberturas opcionales con costo están sujetas a las condiciones y exclusiones generales de la póliza.

10.1 Tu recuperación

Este combo de coberturas opcionales con costo podrá amparar mediante la contratación expresa de uno o más conceptos, los cuales, se indicarán en la carátula de la póliza.

10.1.1 Prótesis y aparatos ortopédicos.

Esta cobertura ampara los gastos erogados que resulten de aparatos ortopédicos y prótesis hasta la suma asegurada contratada, siempre y cuando se requieran durante la vigencia de la póliza como consecuencia de un padecimiento cubierto.

Adicional, se cubrirán las reposiciones de aparatos ortopédicos o prótesis, incluyendo reposiciones necesarias por crecimiento del asegurado, siempre y cuando se cumplan los siguientes requisitos:

1. MAPFRE hubiere pagado el primer aparato ortopédico y/o la primera prótesis, a consecuencia de un padecimiento o accidente amparado.
2. Hayan transcurrido por lo menos dos (2) años desde la última implantación.

El coaseguro aplicable para cada prótesis o aparato ortopédico ya sea nueva o reposición, será el indicado a continuación:

- En caso de que se trate de una prótesis o aparato ortopédico a consecuencia de un accidente cubierto, se aplicará el coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura Elemental.
- En caso de que se trate de una prótesis o aparato ortopédico a consecuencia de una enfermedad cubierta, se aplicará un incremento de 20 puntos porcentuales al coaseguro contratado, sin el tope del mismo.

Prótesis y/o aparatos ortopédicos con condiciones particulares:

1. Mastectomía contralateral. Se cubrirán los gastos derivados del implante y de la cirugía derivada de la mastectomía contralateral, siempre y cuando cumpla con las siguientes condiciones:
   - El médico tratante especialista determine que es necesario la realización de una mastectomía contralateral a consecuencia de cáncer de mama cubierto por la póliza.
   - La primera mastectomía unilateral haya sido cubierta por MAPFRE por la presente póliza, a consecuencia de un tumor maligno.

2. Prótesis Auditiva. Se cubrirá hasta un monto de $150,000 (ciento cincuenta mil pesos 00/100 M.N) pesos o la suma asegurada contratada para la cobertura Elemental, la que resulte menor, para cada prótesis y/o aparato ortopédico requerido por el asegurado, siempre y cuando se requieran durante la vigencia del seguro como consecuencia de un accidente o padecimiento cubierto.

10.1.2 Rehabilitaciones.

Esta cobertura ampara los gastos erogados por los siguientes conceptos:

A) Rehabilitación física y/o musculo esquelética.

Se amparan los gastos erogados derivados rehabilitaciones físicas, siempre y cuando cumplan con las siguientes condiciones:

1. Cumpla con la definición del concepto “Rehabilitación física y/o músculo esquelético” establecida en la sección 1. Definiciones.
2. Se requieran como consecuencia directa de un padecimiento o accidente cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza.
3. Dichas rehabilitaciones sean prescritas por el médico tratante.
4. Dichas rehabilitaciones sean proporcionadas por personal y/o instituciones médicas especializadas en rehabilitación física y/o musculo esqueléticas que estén legalmente autorizadas para el ejercicio de su profesión.

B) Otros conceptos

Se ampara los gastos erogados derivados por las sesiones de terapias de rehabilitación, siempre y cuando dicha terapia cumpla con la definición de “Rehabilitación” establecida en la sección 1 Definiciones:

- Hidroterapia.
- Crioterapia.
- Neurorehabilitación o neurodesarrollo.
- Fisioterapia pulmonar.
- Rehabilitación cardiaca.
- Uso de cama hiperbárica.

Estos conceptos se podrán amparar siempre y cuando se cumplan con los siguientes puntos:

1. Gastos derivados de una consecuencia directa de un padecimiento cubierto ocurrido durante la vigencia de la póliza.
2. Dichas rehabilitaciones deberán ser prescritas por el médico tratante especializado en la materia y las mismas deberán apegarse a los protocolos y recomendaciones mencionadas dentro de las Guías Médicas.
3. Dichas sesiones sean proporcionadas por personal y/o instituciones médicas especializados en rehabilitación que estén legalmente autorizados para el ejercicio de su profesión.

10.1.3 Tratamientos dentales.

Esta cobertura ampara bajo previa autorización de MAPFRE, los gastos erogados por tratamientos dentales, alveolares o gingivales y maxilares, siempre y cuando se requieran como consecuencia directa de: un accidente cubierto o una complicación de una enfermedad cubierta.

10.1.4 Tratamientos reconstructivos y estéticos.

Esta cobertura ampara los gastos erogados por tratamientos reconstructivos de carácter estéticos o plásticos, siempre y cuando resulten indispensables y sean a consecuencia de un accidente o enfermedad cubierta.

10.2 Tu recuperación plus

Este combo de coberturas opcionales con costo podrá amparar mediante la contratación expresa de uno o más conceptos, los cuales, se indicarán en la carátula de la póliza.

10.2.1 Complicaciones de gastos no cubiertos.

Esta cobertura ampara en territorio nacional, los gastos erogados a consecuencia de cualquier emergencia médica por la complicación de los siguientes tratamientos ocurridos dentro de la vigencia de la póliza, hasta la estabilización y/o control de la emergencia médica, el periodo de beneficio o hasta la suma asegurada para esta cobertura, lo que ocurra primero:

1. Tratamientos médicos o quirúrgicos de carácter estético o plástico.
2. Tratamientos médicos o quirúrgicos para la obesidad, anorexia y bulimia.
3. Tratamientos médicos o quirúrgicos para evitar o corregir la calvicie.
4. Tratamientos médicos o quirúrgicos para el control de la infertilidad, esterilidad, control natal, impotencia sexual o disfunción eréctil.
5. Tratamientos médicos o quirúrgico dentales, alveolares o gingivales y maxilares a consecuencia directa de un accidente no cubierto o como complicaciones de una enfermedad no cubierta.

Los gastos de las complicaciones procederán siempre y cuando cumplan con la definición de emergencia médica establecida en la sección 1. Definiciones.

Para esta cobertura se aplicará la suma asegurada indicada en la caratula de la póliza aplicando el deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratado para la cobertura elemental.

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) Gastos originados por emergencia médica de padecimientos preexistentes.

10.2.2 Procedimientos de vanguardia.

Esta cobertura ampara en territorio nacional, los gastos erogados por los procedimientos o tratamientos, medicamentos y estudios diagnósticos que cumpla con la definición establecida en la sección 1. Definiciones, siempre y cuando esté aprobado por la FDA y COFEPRIS y se cuente con previa autorización de MAPFRE.

Se aplicará por concepto de coaseguro el treinta por ciento (30%) o el contratado para la cobertura Elemental, lo que resulte mayor, sin aplicar tope de coaseguro.

El periodo para considerar de vanguardia será:

- Medicamentos, cinco (5) años a partir de su autorización por la FDA y COFEPRIS.
- Tratamientos, procedimientos y estudios diagnósticos, dos (2) años a partir de su autorización por la FDA y COFEPRIS.

10.2.3 Recaídas de padecimientos preexistentes declarados

Esta cobertura ampara los gastos erogados por padecimientos preexistentes declarados por los asegurados en la solicitud o aquellos padecimientos que sean excluidos explícitamente

mediante un endoso al momento de contratar la póliza, siempre y cuando cumplan con lo siguiente:

1. No haya erogado gastos, realizado estudios o tratamiento (a título gratuito inclusive) o que no haya presentado síntomas y/o signos a consecuencia de los padecimientos preexistentes declarados durante los veinticuatro (24) meses de cobertura continua e ininterrumpida por el presente seguro, este periodo comenzará a trascurrir a partir de la fecha en que el asegurado haya declarado el padecimiento preexistente a MAPFRE en la solicitud.
2. Los padecimientos preexistentes declarados no se encuentren excluidos por las presentes condiciones generales.
3. El asegurado no tenga ninguna manifestación o síntoma del padecimiento preexistente declarado al término de los veinticuatro (24) meses antes mencionados.
4. Una vez transcurrido el periodo indicado en el punto anterior, el asegurado deberá solicitar la cobertura de los padecimientos preexistentes declarados, a través de la eliminación del endoso de exclusión, adjuntando a su solicitud, un dictamen médico que indique el estado de salud respecto al padecimiento preexistente declarado excluido. El dictamen deberá ser expedido por un médico que cuente con la especialidad del padecimiento preexistente declarado.

Además de los puntos anteriores, MAPFRE se reserva el derecho de solicitar la información que considere necesaria para valorar la eliminación del endoso de exclusión, dichos gastos generados por los estudios médicos, de laboratorio, o cualquier otro necesarios para la comprobación y/o valoración de los padecimientos preexistentes declarados, correrán a cargo del asegurado.

Después de la valoración, MAPFRE dictaminará la aceptación o no de los padecimientos declarados. En caso de resultar procedente la solicitud, los padecimientos preexistentes declarados estarán cubiertos bajo las condiciones de suma asegurada, deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura elemental.

Para esta cobertura no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.

10.2.4 Recaídas de padecimientos preexistentes no declarados.

Esta cobertura ampara los gastos erogados por padecimientos preexistentes que no hayan sido declarados por los asegurados en la solicitud, siempre y cuando cumplan con lo siguiente:

1. No haya erogado gastos, realizado estudios o tratamiento (a título gratuito inclusive) o que no haya presentado síntomas y/o signos a consecuencia de los padecimientos preexistentes no declarados durante los sesenta (60) meses de cobertura continua e ininterrumpida por el presente seguro, este periodo comenzará a trascurrir desde la contratación de la póliza o inclusión a la misma.
2. Los padecimientos preexistentes no declarados, no se encuentren explícitamente excluidos por las presentes condiciones generales.
3. El asegurado no tenga ninguna manifestación o síntoma del padecimiento preexistente no declarado al término de los sesenta meses (60) antes mencionados.
4. Una vez transcurrido el periodo anterior, MAPFRE podrá valorar la procedencia de las recaídas por padecimientos preexistentes no declarados mediante un dictamen médico que indique el estado de salud respecto al padecimiento preexistente no declarado. El dictamen deberá ser expedido por un médico que cuente con la especialidad de dicho padecimiento.

Además de los puntos anteriores, MAPFRE se reserva el derecho de solicitar la información que considere necesaria para valorar procedencia de las recaídas por padecimientos

preexistentes no declarados, dichos gastos generados por los estudios médicos, de laboratorio, o cualquier otro necesarios para la comprobación y/o valoración de los padecimientos preexistentes no declarados, correrán a cargo del asegurado.

Después de la valoración, MAPFRE dictaminará la aceptación o no de los padecimientos no declarados. En caso de resultar procedente la solicitud, los padecimientos preexistentes no declarados estarán cubiertos bajo las condiciones de deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura elemental, la suma asegurada se indicará en la carátula de la póliza.

Para esta cobertura no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.

10.3 Tú atención alternativa

Este combo de coberturas opcionales con costo podrá amparar mediante la contratación expresa de uno o más conceptos, los cuales, se indicarán en la carátula de la póliza.

10.3.1 Acupuntura, homeopatía, y/o quiropráctico.

Esta cobertura ampara los gastos erogados en territorio nacional por atención de acupuntura, homeopatía, ozonoterapia, peroxidación y/o quiropráctico, siempre y cuando cumplan con la definición establecida en la sección 1. Definiciones y se cumpla con los siguientes requisitos:

1. El costo por consulta externa o de consultorio será hasta el mencionado en el tabulador de honorarios médicos, de acuerdo a la opción y estado contratado. En caso de requerirse, MAPFRE pagará hasta lo que marca el tabulador de honorarios médicos para la fisioterapia o rehabilitación.
2. Para todos aquellos tratamientos prolongados se deberá de entregar una actualización del informe médico o del tratamiento por lo menos cada cuatro (4) meses. Este informe deberá de incluir el tipo de terapia aplicada, la frecuencia y la evolución que ha presentado desde el inicio del tratamiento, así como el pronóstico y estimación de la terapia o consultas necesarias para su total restablecimiento.
3. El costo por concepto de quiroprácticos, serán cubiertos únicamente si son realizados para la curación de alteraciones musculares, óseas y articulares.
4. La atención se podrá realizar de forma paralela con tratamientos médicos y quirúrgicos.

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) Los gastos erogados por tratamientos con acupuntura que exceda de los doce (12) meses contados a partir de la fecha de la primera consulta.

10.3.2 Psiquiatra y/o psicólogo

Esta cobertura ampara los gastos erogados en territorio nacional por atención de daño psiquiátrico o psicológico por ansiedad, depresión, estrés laboral y/o mobbing, o a consecuencia de un padecimiento o accidente cubierto, siempre que:

1. El médico tratante presente el diagnóstico.
2. Un médico psiquiatra o psicólogo confirme dicho diagnóstico.
3. Ambos cuenten con los documentos oficiales que los acrediten (título, cédula profesional y cédula de especialidad).
4. La atención se podrá realizar de forma paralela con tratamientos médicos y quirúrgicos.

Están cubiertas hasta veinticuatro (24) consultas por año o hasta un máximo de dos (2) años contados a partir de la fecha de la primera consulta, lo que pase primero. El monto máximo para indemnizar por consulta será el indicado en el tabulador de honorarios médicos, de acuerdo a la opción y estado contratado.

Para seguir contando con la atención se deberá entregar una actualización del informe médico o de tratamiento por lo menos cada seis (6) meses, donde se describa evolución y pronóstico del paciente, en caso de no entregarlo se dará por terminado el beneficio.

Además, esta cobertura ampara los medicamentos necesarios para el tratamiento psiquiatra y/o psicológico hasta por dos (2) años contados a partir de la fecha de la primera consulta o hasta un monto máximo de setenta mil pesos ($70,000.00).

Los diversos trastornos incluidos en esta cobertura no serán válidos para diagnosticar otros padecimientos.

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) Los honorarios del médico psiquiatra o psicólogo y los medicamentos que prescriba, cuando no cuente con los documentos oficiales que lo acrediten (título, cédula profesional y cédula de especialidad).

10.4 Donde tú vayas

Este combo de coberturas opcionales con costo podrá amparar mediante la contratación de uno o más conceptos, los cuales, se indicarán en la carátula de la póliza.

10.4.1 Emergencia en el extranjero

Esta cobertura ampara los gastos originados por una emergencia médica en el extranjero hasta la suma asegurada contratada para esta cobertura o hasta un período máximo de noventa (90) días contados a partir de la fecha del primer gasto erogado efectuado por el asegurado o hasta el término de la emergencia médica, lo que ocurra primero.

Es importante señalar que la emergencia médica termina cuando el asegurado sale de la situación médica crítica que pone en peligro la vida o la viabilidad de algún órgano.

El límite de edad de aceptación es el establecido en la cláusula 11.1.8 Edad de la sección 11. Cláusulas generales, excepto para recién nacidos se podrá contratar a partir de los treinta y un (31) días de nacido.

Esta cobertura sólo ampara a los asegurados que residan habitualmente en territorio nacional y no opera para asegurados cuya estancia fuera de la república mexicana sea mayor a noventa (90) días continuos. Si el asegurado no cumple con esta disposición, cualquier siniestro que ocurra durante ese período en el extranjero, no estará cubierto.

La suma asegurada y el deducible que aplicarán son independientes y están indicados en la carátula de la póliza. Para los honorarios médicos se aplicará el tabulador de honorarios médicos quirúrgicos de acuerdo con la opción y estado de contratación. No aplicará coaseguro ni tope de coaseguro.

La indemnización de esta cobertura podrá solicitarse de acuerdo con lo establecido en las cláusulas 7.9 Del pago directo y 7.10 Del reembolso.

Si el asegurado coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible, contratado. Los honorarios médicos, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo con la opción y estado contratado adicionando un ciento nueve por ciento (109%).

Si el asegurado no coordina la atención médica con la aseguradora, deberá cubrir su deducible. Los honorarios médicos, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo con la opción y estado contratado adicionando un ochenta por ciento (80%).

10.4.2 Enfermedades catastróficas en el extranjero

Esta cobertura ampara la atención del asegurado en los Estados Unidos de América en los siguientes casos:

1. Al ser diagnosticado con una enfermedad neurológica y neuroquirúrgica, incluyendo los accidentes cerebro vasculares.
2. El asegurado requiera de una cirugía cardiaca y angioplastia.
3. El asegurado requiera tratamiento para el cáncer, incluyendo las quimioterapias y radioterapias.
4. El asegurado requiera un trasplante de algún órgano.
5. El asegurado requiera tratamiento médico quirúrgico derivado de un trauma mayor (politraumatismo), incluyendo las rehabilitaciones derivadas del mismo.
6. El asegurado requiera tratamiento por insuficiencia renal crónica (diálisis).

Los gastos cubiertos serán amparados bajo las condiciones y limitaciones descritas en la presente póliza, de acuerdo con la suma asegurada indicada en la caratula de la póliza.
En caso de que, derivado de la atención de alguno de los padecimientos enunciados anteriormente y que el mismo sea procedente, el asegurado tuviera alguna complicación médica mientras se encuentre recibiendo atención médica dentro del hospital, se cubrirán los gastos erogados por dicha complicación hasta el mínimo entre la suma asegurada contratada para la cobertura y cuatrocientos mil (400,000) pesos mexicanos.

El límite de edad de aceptación es el establecido en la cláusula 11.1.8 Edad de la sección 11. Cláusulas generales, excepto para recién nacidos se podrá contratar a partir de los treinta y un (31) días de nacido.

Adicionalmente a los periodos de espera establecidos en la sección 6. Gastos médicos cubiertos con periodo de espera, se deberá de cumplir el periodo de espera de la presente cobertura, el cual es de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura.

Se aplicará la suma asegurada, deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura elemental. Los honorarios médicos, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios de acuerdo con la opción y estado contratado adicionando un ciento nueve por ciento (109%).

Para los casos mencionados anteriormente, MAPFRE solicitará, además del diagnóstico hecho por un médico especialista, las copias de los exámenes de laboratorio, rayos X, cuestionario médico o cualesquiera otros reportes o resultados de auxiliares de diagnóstico en los que se haya basado el diagnóstico definitivo.

Para esta cobertura será requisito indispensable cumplir con lo establecido en la cláusula 7.9 Pago directo, si el asegurado no cumple con dichos requerimientos, los gastos que procedentes se indemnizarán vía reembolso y serán reducidos al cincuenta por ciento (50%), una vez descontado el deducible y coaseguro aplicable. Los honorarios médicos, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo a la opción y estado contratado adicionando un ochenta por ciento (80%).

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) No se cubren padecimientos preexistentes a la fecha de contratación de esta cobertura

10.4.3 Internacional

Mediante la contratación expresa de esta cobertura, el asegurado tiene derecho a recibir atención médica y/u hospitalaria en el extranjero, cubriendo los conceptos establecidos dentro de la cobertura elemental y rehabilitaciones de las presentes condiciones generales, salvo que se mencione algo en contrario.

El período de espera para esta cobertura será de seis (6) meses continuos e ininterrumpidos, contados a partir de la fecha de contratación de la misma, **siempre que no se trate de una enfermedad preexistente a la contratación de la cobertura.** Este período de espera no será aplicable cuando el asegurado requiera la atención médica y/o quirúrgica derivada de un accidente o emergencia médica. Asimismo, esta cobertura no contempla el reconocimiento de antigüedad mencionado en la Sección 1. Definiciones.

Esta cobertura sólo ampara a los asegurados que residan habitualmente en territorio nacional y no opera para asegurados cuya estancia fuera de la república mexicana sea mayor a noventa (90) días continuos. Si alguno de ellos permanece en el extranjero por un período mayor a los noventa (90) días antes mencionados y hasta un máximo de doce (12) meses continuos, deberá informar previamente a MAPFRE y pagar una extraprima correspondiente a la extensión de cobertura. Si el asegurado no cumple con esta disposición, cualquier siniestro que ocurra durante ese período en el extranjero, no estará cubierto.

La suma asegurada de esta cobertura es independiente a la suma asegurada de cualquier otra cobertura, misma que aplicará junto con el deducible, coaseguro y tope de coaseguro indicados en la carátula de la póliza.

Las edades de aceptación son desde el primer día de nacido hasta los sesenta y cinco (65) años de edad, aunque esta edad se ampliará en los casos de renovaciones hasta los setenta

(70) años y podrá continuar para aquellos asegurados que lo soliciten y que hayan cumplido con lo señalado en la cláusula 11.1.3 Plan vitalicio de la sección 10. Cláusulas generales.

A continuación, se mencionan las condiciones aplicables para gastos en el extranjero:

1. Los honorarios de médicos, anestesiólogo, primer y segundo ayudante, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de la cobertura internacional, de acuerdo con la opción y estado contratado y se cubrirán de acuerdo con la siguiente tabla:

Equipo quirúrgico	Monto máximo amparado
Cirujano	El monto resultante para el procedimiento en el tabulador de horarios médicos vigente de la cobertura internacional de acuerdo con la opción y estado contratado.
Anestesiólogo	Treinta por ciento (30%) del monto máximo para el cirujano.
Primer Ayudante	Veinte por ciento (20%) del monto máximo para el cirujano.
Segundo Ayudante	Diez por ciento (10%) del monto máximo para el cirujano.
Instrumentista y circulantes	Cinco por ciento (5%) del monto máximo para el cirujano.

Los procedimientos quirúrgicos que no se encuentren contemplados dentro del tabulador de honorarios médicos vigente se valorarán por similitud.

Adicional a las especificaciones antes mencionadas, se aplicarán las siguientes condiciones:

- Si el asegurado requiere dos (2) cirugías en la misma sesión quirúrgica, los honorarios médicos se cubrirán de la siguiente manera:
    - Si las cirugías son practicadas en la misma incisión quirúrgica por:
        - Un solo cirujano, se indemnizará la cirugía con mayor costo hasta el cien por ciento (100%) y la segunda al cincuenta por ciento (50%).
        - Dos (2) cirujanos de diferente especialidad, se indemnizarán ambas hasta el cien por ciento (100%).
    - Si las cirugías son practicadas en regiones distintas del cuerpo, se indemnizarán ambas cirugías hasta el cien por ciento (100%).
- Si el asegurado requiriese más de dos (2) cirugías en la misma sesión quirúrgica, los honorarios médicos quedarán a cargo del asegurado.
- En caso de un politraumatismo se indemnizará todas las cirugías requeridas al cien por ciento (100%).

2. Cuarto semiprivado sin incluir cama extra para el acompañante.
3. Medicamentos suministrados en el hospital, aquellos prescritos fuera del hospital se cubrirán solo el monto del medicamento, siempre que sean avalados para su uso y comercialización en el territorio nacional, sin incluir aquellos gastos relacionados con la conservación o trasportación del medicamento.
4. Opera el sistema de pago directo siempre y cuando el padecimiento proceda y se dé previo aviso a MAPFRE con un plazo de al menos cinco (5) días hábiles anteriores a

su atención. Es necesario presentar el informe médico donde se indique el padecimiento y tratamiento a realizar.

El asegurado podrá o no coordinar la atención médica en el extranjero con MAPFRE, cubriéndose los gastos erogados procedentes bajo las siguientes condiciones:

1. Si el asegurado coordina la atención médica en el extranjero con la aseguradora, deberá cubrir su deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados.
2. En caso de que el asegurado no coordine la atención médica con la aseguradora, los gastos erogados procedentes serán cubiertos de la siguiente manera:
    a. El asegurado deberá cubrir su deducible y el máximo entre el doble del coaseguro contratado y treinta por ciento (30%). El tope de coaseguro en este caso no aplicará.
    b. Los honorarios médicos, anestesiólogo, primer y segundo ayudante, si fuera necesario, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo con la opción y estado contratado adicionando un ochenta por ciento (80%).

Si el asegurado una vez iniciado el tratamiento médico en el extranjero, decide continuar con dicho tratamiento médico dentro del territorio nacional, se aplicará la suma asegurada, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura elemental.

A través de la contratación de la presente cobertura, adicionalmente el asegurado adquiere los siguientes beneficios en otras coberturas, siempre que se encuentren contratadas:

- Para la cobertura adicional de Maternidad descrita en la cláusula 10.5.4 Maternidad, se otorgará una indemnización adicional equivalente al cincuenta por ciento (50%) del total de la suma asegurada contratada para este beneficio, según lo indicado en la carátula de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 10.5.4 Maternidad mencionada.

- Para la cobertura adicional de Ayuda para Medicamentos o Insumos Complementarios descrita en la cláusula 10.5.9 Ayuda para Medicamentos o Insumos Complementarios, se incrementará un cincuenta por ciento (50%) la suma asegurada contratada para este beneficio, según lo indicado en la carátula de la póliza y conforme a lo establecido en la cláusula 10.5.9 Ayuda para Medicamentos o Insumos Complementarios mencionada.

- Para la cobertura elemental, los honorarios médico-quirúrgicos referidos en la cláusula 5.1.2 erogados en territorio nacional, se pagarán en función a lo establecido en el tabulador de honorarios médicos de acuerdo con la opción y estado contratado adicionando un treinta por ciento (30%).

Ninguna otra cláusula de las presentes condiciones generales sufre modificaciones al contratar la presente cobertura.

10.5 Tu protección

Este combo de coberturas opcionales con costo, podrá amparar mediante la contratación expresa correspondiente de uno o más conceptos, los cuales, se indicarán en la carátula de la póliza.

10.5.1 Atención nacional total

Esta cobertura ampara la atención hospitalaria en cualquier estado de la República Mexicana diferente al estado de contratación de la póliza, aplicando el coaseguro y tope de coaseguro

contratado para la cobertura elemental, por lo cual, el cuadro contenido en la cláusula 7.8. Del estado de atención, queda sin efecto.

Los gastos cubiertos serán amparados bajo las condiciones y limitaciones descritas en las presentes pólizas.

Adicionalmente a los periodos de espera establecidos en la sección 6. Gastos médicos cubiertos con periodo de espera se deberá de cumplir el periodo de espera de la presente cobertura, el cual es de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de contratación de esta cobertura.

10.5.2 Reducción de deducible por accidente.

Esta cobertura reduce el deducible contratado para la cobertura elemental para los gastos relacionados a accidentes procedentes y cubiertos dentro de la presente póliza de acuerdo a lo establecido en la cláusula 7.2 Del deducible.

Con la contratación de esta cobertura, el nuevo deducible a considerar es el diferencial entre el deducible de la cobertura elemental y la opción contratada que se encuentra indicada en la caratula de póliza para la presente cobertura.

Este deducible aplica únicamente en territorio nacional y los gastos cubiertos serán amparados bajo las condiciones y limitaciones descritas en la presente póliza.

10.5.3 Previsión

Esta cobertura extiende la cobertura de la póliza durante cuatro (4) años contados a partir del vencimiento del último periodo pagado en la póliza, en los siguientes casos y considerando el alcance mencionado en cada uno de ellos:

1. En caso de fallecimiento del asegurado titular a consecuencia de un padecimiento por el cual se erogaron gastos y los mismos fueron procedentes y cubiertos por la presente póliza, MAPFRE eximirá del pago de las primas bajo los mismos términos y condiciones, al resto de asegurados que se encontrasen cubiertos en la misma póliza.

2. Invalidez total y permanente del asegurado titular a consecuencia de un padecimiento cubierto durante la vigencia de la póliza, MAPFRE eximirá del pago de primas de la póliza bajo los mismos términos y condiciones, al asegurado titular y a sus dependientes económicos asegurados en esta póliza, durante cuatro (4) años a partir del vencimiento del último período pagado en la póliza.

Los rangos de edad del asegurado titular para los cuales se cubrirán los beneficios antes descritos son los siguientes:

1. Fallecimiento: De dieciocho (18) hasta sesenta y cuatro (64) años para pólizas nuevas.

2. Invalidez total y permanente: De dieciocho (18) hasta cincuenta y nueve (59) años.

Las condiciones de la póliza como suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro y coberturas opcionales con costo contratadas que estaban vigentes al momento de ocurrir el fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado titular, se mantendrán sin modificación durante los cuatro (4) años antes mencionados.

La cobertura se hace efectiva al momento de ocurrir el fallecimiento o invalidez total y permanente del asegurado titular (de acuerdo a las edades de aceptación), lo que ocurra primero. De tal suerte que si ocurre la invalidez total y permanente, la cobertura no podrá ser contratada nuevamente por el asegurado titular, ni se extenderá el plazo de cobertura.

Invalidez Total y Permanente
Se considerará invalidez total y permanente cuando el asegurado titular haya sufrido lesiones, a consecuencia de algún padecimiento cubierto, que lo imposibilite permanentemente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social del que pueda obtener alguna utilidad pecuniaria, siempre y cuando se haya emitido un dictamen que acredite la invalidez por una institución de salud pública (IMSS o ISSSTE) o médico, con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia quedando como sustento la constancia de invalidez total y permanente.

Causas Inmediatas de Invalidez Total y Permanente
Los siguientes casos se considerarán como causa de invalidez total y permanente, y no operará el período de espera: la pérdida irreparable y absoluta de la vista en ambos ojos, la pérdida de ambas manos, ambos pies, de una mano y un pie, o de una mano y la vista de un ojo, o un pie y la vista de un ojo. Se entiende por pérdida de las manos, su anquilosis o separación a nivel de la articulación Carpo-Metacarpiana o arriba de ella; por pérdida del pie, su anquilosis o separación al nivel de la articulación Tibio-Tarsiana o arriba de ella; por pérdida de la vista en ambos ojos se entiende la ceguera total, y por pérdida de la vista de un ojo, la ceguera parcial.

Beneficio
Para que la invalidez se considere plenamente válida, es necesario que el padecimiento que da origen al estado de invalidez haya ocurrido o tenga su origen durante la vigencia del seguro, quedando cubiertos, por tanto, aquellos casos que hayan sido dictaminados así durante la vigencia del seguro.

En caso de que la invalidez se dictamine con posterioridad al vencimiento del contrato, quedará cubierta, siempre y cuando entre la fecha de terminación del seguro y la del dictamen correspondiente no hayan transcurrido más de dos (2) años, el accidente y/o enfermedad origen de la invalidez esté cubierto por el contrato, que haya ocurrido o tenga su origen durante la vigencia del seguro, y que el asegurado titular no haya estado activo laboralmente en dicho lapso.

El dictamen de invalidez debe realizarse por una institución o médico con cédula profesional, certificados y especialistas en la materia, así como ser ratificado por el médico de MAPFRE, de acuerdo con las condiciones del asegurado titular al momento de la reclamación.

Pruebas
Para que MAPFRE conceda este beneficio, el asegurado titular deberá presentar las siguientes pruebas:

1. Reporte de accidente o enfermedad.
2. Informe médico firmado por el médico tratante o en su defecto, expediente clínico completo y estudios por parte del médico tratante.
3. Número de póliza vigente al momento del siniestro
4. Comprobante de domicilio.
6. Original o copia certificada del dictamen de invalidez expedido por el Instituto Mexicano del Seguro Social, por el Instituto Mexicano de Trabajadores al Servicio del Estado o por algún médico debidamente autorizado para ejercer la profesión de medicina. No obstante, lo anterior, MAPFRE se reserva el derecho de practicar cualquier examen médico que considere para determinar el estado de invalidez.

7. En caso de no ser afiliado a una institución de seguridad social, se requerirá valoración por parte de un médico legalmente autorizado de red de médicos supervisores de MAPFRE*
8. Formato de identificación y conocimiento del cliente contra lavado de dinero y copia de la identificación oficial, en donde conste fotografía, domicilio y firma del portado mismo que será entregado por MAPFRE.

Para aprobar cualquier reclamación, MAPFRE se reserva igualmente el derecho de exigir al asegurado titular pruebas médicas adicionales para corroborar el estado de invalidez, así como la debida comprobación de su edad si no se ha hecho la anotación en la póliza.

* La red de médicos se puede consultar y descargar desde nuestro portal https://www.mapfre.com.mx/servicios-cliente/red-medica/

10.5.4 Maternidad

Esta cobertura ofrece los siguientes beneficios:

1. Indemnización del total de la suma asegurada contratada para este beneficio indicada en la caratula de póliza, sin aplicar deducible, coaseguro ni tope de coaseguro, aun cuando el embarazo sea derivado de inseminación artificial y/o fecundación in vitro, si cumple con lo siguiente:

a) La asegurada cuente con al menos treinta y cuatro (34) semanas de gestación, siempre y cuando entregue a MAPFRE, después de este periodo; un ultrasonido que avale dicho periodo de gestación, el cual, corre a cargo de la asegurada. El ultrasonido debe ser realizado en un laboratorio debidamente certificado o en una institución de salud legalmente establecido en la República Mexicana; dicho documento deberá ser emitido en hoja membretada y con cedula del especialista radiólogo en ultrasonografía.

Aplicando solamente para la indemnización uno de los casos antes citados.

El período de espera para esta cobertura es de diez (10) meses continuos e ininterrumpidos a partir de la fecha de contratación de la misma. Para esta cobertura no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.

En caso de incremento de suma asegurada para este beneficio, la suma asegurada que se indemnizará será la que se haya contratado al menos diez (10) meses antes, del evento final al que se llegue por embarazo, en caso contrario se indemnizará la suma asegurada vigente al momento de la semana treinta y cuatro (34) de gestación.

2. Los gastos erogados hasta la suma asegurada indicada en la carátula de la póliza por los siguientes conceptos:

a) Los gastos erogados por cunero, atención pediátrica y enfermería para el recién nacido sano.
b) Circuncisión para el recién nacido sano.

Dicha indemnización es hasta el límite máximo establecido en la carátula de la póliza sin aplicar deducible, coaseguro ni período de espera, el cual es independiente de la suma asegurada contratada para el evento de maternidad, con un periodo máximo de reclamación de treinta (30) días a partir del parto y únicamente opera en territorio nacional y franja fronteriza.

Esta cobertura cuenta con un periodo de espera de diez (10) meses continuos e ininterrumpidos a partir de la fecha de contratación de la misma. Para esta cobertura no opera el reconocimiento de antigüedad descrito en la sección 1. Definiciones.

La inclusión de esta cobertura dentro del seguro será para todas las aseguradas que cumplan con la edad de aceptación.

La edad de contratación en esta cobertura es a partir de los dieciocho (18) años hasta los cuarenta y cuatro (44) años.

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) La maternidad subrogada descrito en la sección 1. Definiciones.

10.5.5 Enlace

Para la contratación de esta cobertura es indispensable contar con una póliza colectiva.

Esta cobertura ampara los gastos complementarios de un padecimiento cuyo primer gasto se originó o diagnosticó durante la vigencia de la presente cobertura y no agotó la suma asegurada de la póliza colectiva.

Dichos gastos complementarios realizados después de la separación de la colectividad se indemnizarán hasta la suma asegurada indicada en la caratula de la póliza, siempre y cuando no estén explícitamente excluidos por la presente póliza. Los gastos mencionados serán cubiertos, quedando a cargo del asegurado el diez por ciento (10%) de coaseguro y sin tope de coaseguro.

10.5.6 Dental

Esta cobertura proporcionará por medio de un proveedor especializado contratado por MAPFRE, los servicios dentales de carácter correctivo que a continuación se mencionan, siempre y cuando sean requeridos a causa de una patología dental derivada por enfermedad o accidente.

El plan Plata cubre:

1. Diagnóstico y plan de tratamiento.
2. Consulta de emergencia en horario normal (Horario de atención regular en los consultorios de la red de dentistas).
3. Radiología (Periapical, oclusal y aleta de mordida).
4. Operatoria Dental (Amalgamas y resinas).
5. Cirugía Dental (Extracción simple y de restos radiculares expuestos).
6. Cirugía Avanzada
7. Endodoncia

El plan Oro cubre:

1. Los beneficios contenidos en el plan Plata.
2. Terceros molares
3. Prótesis

El proceso para presentar una reclamación es:

1. El asegurado elegirá al Odontólogo de red de su preferencia y solicita una cita.
2. En el consultorio o clínica elegida el asegurado deberá mostrar su identificación oficial.

3. El odontólogo recabará los datos generales del asegurado y solicitará confirmación del servicio con el proveedor del servicio, una vez confirmado se realizará el diagnóstico y explica el plan de tratamiento.
4. El asegurado firma de conformidad en la ficha Odontológica por cada tratamiento realizado.
5. El odontólogo complementa su diagnóstico y envía al proveedor los tratamientos realizados para su pago.

La suma asegurada, el deducible y coaseguro para el plan contratado se estipularán en el anexo “Dental y visión” que se entregará en conjunto con la caratula de la póliza.

La guía para agendar una cita con nuestro proveedor estará disponible en www.mapfre.com.mx

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) Gastos y atenciones cuya naturaleza sea exclusivamente preventiva.

b) Medicamentos, anestesia general o sedaciones.

c) Gastos hospitalarios.

d) Tratamientos y erogaciones fuera del territorio Nacional.

e) Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por las lesiones, afecciones o intervenciones expresamente excluidas en el contrato.

f) Cualquier complicación derivada o que se manifieste durante o después del tratamiento odontológico o quirúrgico por negligencia del paciente a las indicaciones del odontólogo tratante.

g) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de naturaleza experimental o de investigación.

h) Tratamientos o intervenciones quirúrgicas de carácter estético como restauración plástica, corrección o eliminación de defectos estéticos.

i) Ningún tratamiento que no esté especificado dentro de la cobertura del plan.

j) Resinas en dientes posteriores en adulto o las afecciones resultantes por la aplicación de este tratamiento.

k) Los tratamientos de las Especialidades no cubiertas como: Cirugía (Excepto la Extracción simple y Extracción de restos radiculares o raíces expuestas), Prótesis (salvo lo estipulado en la cláusula 10.5.6 Dental Oro), Ortodoncia, Cosmética Dental, Periodoncia y Cirugía Ortognática.

10.5.7 Visión

Esta cobertura proporcionará por medio de un proveedor especializado contratado por MAPFRE, los siguientes servicios optométricos correctivos:

El plan Plata y Oro cubren:

1. Consulta optométrica.
2. Paquete: Armazón oftálmico, incluye plásticos Ultralite CR-39 monofocales o bifocales Flat Top L-28.
3. Estuche de tela.
4. Lentes de contacto oftálmicos graduados (producto para 1 año de 1 par de suaves ó 4 cajas de frecuent y no cosméticos).
5. Solución Multiplus Ultra 120ml.
6. Estuche para lente de contacto básico.

El proceso para presentar una reclamación es:

1. El asegurado elige la Óptica de su preferencia.
2. En el consultorio elegido, el asegurado deberá mostrar su identificación oficial (INE).
3. El Optometrista recaba los datos generales del asegurado y solicitará la confirmación del servicio.
4. El Optometrista realiza la consulta optométrica y recomienda el producto adecuado para el asegurado.
5. El Optometrista explica las condiciones del plan contratado y muestra los productos que cubre el plan al asegurado.
6. El Optometrista realiza la orden de trabajo y notifica al asegurado la fecha de entrega del producto adquirido.
7. El plan de visión autoriza únicamente un (anteojos ó lentes de contacto) por asegurado por año póliza.
8. No aplica el reembolso por dichos gastos.

La suma asegurada, el deducible y coaseguro para el plan contratado se estipularán en el anexo “Dental y visión” que se entregará en conjunto con la caratula de la póliza.

El directorio de red de Ópticas estará disponible en www.mapfre.com.mx

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) Atención fuera de la República Mexicana.

b) Todos los gastos realizados por el asegurado por cualquier cirugía practicada para efectuar alguna corrección visual.

c) Cualquier tratamiento adicional a las micas no indicado en la cobertura del plan contratado.

d) Lentes de contacto denominados gas permeable.

e) Cualquier armazón mayor al tope en clave del plan contratado.

f) Cualquier reclamación presentada, de servicios realizados en ópticas fuera de red.

g) Lentes antisolares.

h) Toda atención de carácter preventivo.

10.5.8 Eliminación de deducible para enfermedades graves

Mediante la contratación de esta cobertura, se devolverá al asegurado el monto que en su caso le haya sido cobrado por concepto de deducible, para aquellos siniestros en los que el diagnostico sea por alguna de las siguientes enfermedades procedentes y siempre y cuando el siniestro ocurra mientras el asegurado tenga amparada esta cobertura:

a) Infarto al miocardio, el cual se define como la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización debida a síntomas urgentes de un infarto al miocardio, asociado a cambios relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardiacas por sobre valores normales de laboratorio.
b) Enfermedades vasculares cerebrales (EVC), el cual se define como una alteración en las neuronas, que provoca disminución de flujo sanguíneo en el cerebro, acompañada de alteraciones cerebrales de manera momentánea o permanente. Se clasifica en dos (2) subtipos: isquémica y hemorrágica.
c) Cáncer, el cual se define como aquella enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, así como la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o las metástasis de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios.
d) Tromboembolia pulmonar, el cual se define como la oclusión o taponamiento de na parte del territorio arterial pulmonar (vasos sanguíneos que llevan sangre pobre en oxígeno desde el corazón hasta los pulmones para oxigenarla)
e) Esclerosis múltiple, el cual se define como una enfermedad auto inmunitaria que afecta el cerebro y la médula espinal (sistema nervioso central).
f) Aneurisma cerebral, el cual se define como debilidad en los vasos sanguíneos del cerebro que se inflaman y llenan de sangre.
g) Insuficiencia renal crónica con terapia de sustitución, el cual se define como aquella enfermedad que ocurre cuando los riñones pierden la capacidad de filtrar los desechos y el agua adicional de la sangre o de mantener en equilibrio las sustancias químicas del cuerpo.

En adición a la sección 8. Exclusiones Generales, esta cobertura no ampara:

a) Cualquier padecimiento no enlistado en la presente cobertura.
b) Cualquier padecimiento cuyos síntomas, signos o diagnóstico sea previo a la contratación de la cobertura.
c) Cáncer de piel.
d) Cualquier tipo de cáncer en etapa in situ.

10.5.9 Ayuda para Medicamentos o Insumos Complementarios

Quedarán amparados los gastos erogados hasta la suma asegurada indicada en la carátula de póliza, por los siguientes conceptos y siempre y cuando sean prescritos por el médico tratante y estén relacionados directamente con el tratamiento derivado de un padecimiento cubierto:

a) Vitaminas y minerales, los cuales se definen como complementos alimenticios con una fuente concentrada de nutrientes u otras sustancias alimenticias autorizadas que tienen un efecto nutricional o fisiológico.
b) Protectores gástricos, los cuales se definen como un medicamento que se utiliza para evitar los problemas de salud y las molestias que causan los ácidos del estómago.
c) Medicamentos antipsicóticos, los cuales se definen como medicamentos que se utilizan principalmente para ayudar a tratar la manía y la psicosis.
d) Medicamentos para tratar la disfunción eréctil.
e) Media elástica, medias Ted o medias de compresión neumáticas (de pulso).

Para los conceptos anteriores se deberá presentar la receta y factura correspondiente con el desglose de los mismos.

En adición a la sección 8. Exclusiones, la presente cobertura no ampara:

a) Cualquier gasto distinto a los enlistados en presente cobertura.
b) Cualquier padecimiento cuyos síntomas, signos o diagnóstico sea previo a la contratación de la cobertura.

10.5.10 Red doble protección

Mediante la contratación de la presente cobertura, el asegurado podrá acceder a niveles hospitalarios mayores al contratado, para recibir tratamientos médicos y/o quirúrgicos derivado de algún padecimiento cubierto, siempre y cuando dicho padecimiento médico y/o quirúrgico se encuentre enlistado a continuación:

- Trasplante de órgano.
- Sesión de radioterapia.
- Tratamiento por enfisema pulmonar.
- Tratamiento por enfermedades hematológicas.
- Tratamiento por padecimientos congénitos.
- Cirugía cardiaca.
- Cirugía neurológica.
- Cirugía de columna.

Los conceptos amparados serán los descritos en la cobertura Elemental y, en caso de contar con ellas, también se ampararán los conceptos indicados en las coberturas adicionales de Rehabilitaciones y Prótesis y aparatos ortopédicos.

Para poder tener acceso a este beneficio, se deberán cumplir con los puntos siguientes:

1. Que el hospital en el que recibirá atención y/o tratamiento médico y/o quirúrgico, pertenezca a alguno de los Hospitales de Red.
2. Que el asegurado coordine la atención médica con MAPFRE mediante el beneficio de Cirugía Programada, descrito en la cláusula 7.9 Del pago directo de la sección 7. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado.

3. Que el hospital en el que se recibe la atención se encuentre dentro del mismo estado de contratación de la póliza.
4. Que en alguno de los hospitales de la red hospitalaria correspondiente al nivel contratado o niveles menores, no se encuentra con la infraestructura médica para llevar a cabo el tratamiento y/o procedimiento médico y/o quirúrgico.

Para efectos de la presente cobertura, la suma asegurada y deducible aplicables, serán los contratados para la cobertura elemental. El coaseguro aplicable, será el siguiente:

- Al subir un nivel hospitalario, el coaseguro contratado.
- Al subir dos niveles hospitalarios, el máximo entre el coaseguro contratado y 15 puntos porcentuales.
- Al subir tres niveles hospitalarios, el máximo entre el coaseguro contratado y 20 puntos porcentuales.

El tope de coaseguro que se aplicará será el resultado de multiplicar el tope de coaseguro contratado para cobertura elemental por 1.5.

Se establece a continuación, el orden de los niveles hospitalarios, de menor a mayor nivel:

1. Esencial.
2. Óptima.
3. Completa.
4. Amplia

Adicional a los periodos de espera establecidos en la sección 6. Gastos médicos cubiertos con periodo de espera, se deberá de cumplir el periodo de espera de la presente cobertura, el cual es de sesenta (60) días contados a partir de la fecha de contratación de la misma.

En adición a la sección 8. Exclusiones Generales, esta cobertura no ampara:

a) Cualquier padecimiento cuyos síntomas, signos o diagnóstico sea previo a la contratación de la cobertura o antes de cumplir con el periodo de espera establecido de la presente cobertura.

10.6 Tu soporte asistencial

Este combo de servicios de asistencia opcionales con costo podrá amparar mediante la contratación expresa de uno o más conceptos; los cuales se indicarán en la carátula de la póliza.

10.6.1 Asistencia telefónica

Este servicio se otorga por nuestro Contact Center para cada integrante de la póliza y consiste en ofrecer atención vía telefónica las veinticuatro (24) horas del día y durante los trescientos sesenta y cinco (365) días del año a nivel nacional para:

1. Orientación médica en casos de accidentes o enfermedades.
2. Consulta médica para casos de padecimientos no graves.
3. Referencia de consulta médica domiciliaria.
4. Enlace y traslado en ambulancias terrestres vía reembolso siempre y cuando se requiera a causa de un padecimiento cubierto y rebase el deducible contratado.
5. Asesoría administrativa de hospitales de red y red preferente, médicos de red y red preferente, así como médicos supervisores de MAPFRE.

6. Referencia sobre consultorios médicos, laboratorios de análisis, diagnóstico y patología, ópticas y farmacias.

El deducible, coaseguro y tope de coaseguro contratados para la cobertura elemental, no aplica para este servicio.

10.6.2 Asistencia en viaje

Antes de utilizar cualquiera de los siguientes servicios se deberá notificar a MAPFRE salvo aquellos requeridos por emergencia médica y que se hayan reportado dentro de las setenta y dos (72) horas posteriores a dicha emergencia. En caso de que el asegurado se encontrara viajando en un crucero el tiempo estipulado para notificar a MAPFRE comenzará a partir de que el asegurado toca tierra firme.

El tiempo antes mencionado solo operará para la Asistencia Médica por Enfermedad o Accidente del asegurado en el Extranjero.

Se deberá notificar a los teléfonos (52) 55 54 80 38 14 (por cobrar del extranjero) y 800-3650024 (dentro de la república mexicana) las veinticuatro (24) horas de los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, indicando su número de póliza, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicios que precise.

Este servicio se otorga a través del prestador de servicios que designe **MAPFRE** para brindar a los asegurados atención en caso de requerirlo, de acuerdo a las siguientes cláusulas**:**

PRIMERA. Este servicio cubre a la persona física que figure como titular de la póliza, así como a su cónyuge e hijos dependientes económicos que figuren en la misma, siempre y cuando convivan con el titular y vivan a sus expensas, aunque viajen por separado o en cualquier medio de locomoción.

SEGUNDA. El derecho a las prestaciones consignadas en este servicio solo surtirá efecto a partir de los cincuenta (50) kilómetros desde el domicilio del asegurado en las condiciones descritas en la cláusula cuarta inciso a), b), c), d), h) e i) de este servicio. El traslado médico en ambulancia no tendrá la limitación de los cincuenta (50) kilómetros cuando la solicitud provenga de accidentes o situaciones médicas de emergencia.

TERCERA. Este servicio se extenderá a todo el mundo, teniendo un periodo de cobertura de noventa (90) días naturales desde el inicio del viaje. En caso de que el viaje tenga una duración mayor al periodo establecido, el asegurado deberá solicitar un endoso de extensión de cobertura y pagar la extraprima correspondiente.

CUARTA. Los servicios se prestarán de acuerdo a las siguientes condiciones:

a) Transporte o repatriación en caso de lesiones corporales o enfermedad. Se satisfarán los gastos de traslado en ambulancia terrestre, de terapia intensiva, aérea o en el medio que considere más idóneo el médico que designe MAPFRE en coordinación con el médico tratante hasta el centro hospitalario adecuado o bien, según las circunstancias, al domicilio habitual.

Cuando sea absolutamente imprescindible el servicio de ambulancia aérea, ésta se proporcionará únicamente dentro del territorio de la república mexicana y desde Estados Unidos y Canadá. Desde todos los países restantes, el traslado aéreo se efectuará en avión de línea comercial.

b) Transporte o repatriación de los asegurados acompañantes (cónyuge e hijos). Cuando el accidente o enfermedad de cualquiera de los asegurados impida la continuación del viaje, se sufragarán los gastos de traslado de los asegurados acompañantes (cónyuge e hijos) hasta su domicilio habitual o hasta el lugar donde éste se encuentre hospitalizado, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje.

Si alguna de dichas personas trasladadas o repatriadas fuera menor de quince (15) años y no tuviese quien la acompañe, a solicitud de cualquiera de los asegurados, MAPFRE proporcionará una persona idónea para que le atienda durante el viaje hasta su domicilio o al lugar de hospitalización.

c) Desplazamiento y hospedaje de un pariente del asegurado. En caso de que la hospitalización por accidente y/o enfermedad fuese superior a cinco (5) días, MAPFRE cubrirá los siguientes gastos:

1. En territorio mexicano, el importe del viaje de ida y vuelta de un pariente al lugar de hospitalización en el medio de transporte que resulte ágil, así como gastos de hospedaje a razón de $ 800 pesos (ochocientos 00/100 m.n.) por cada día, con máximo de $3,000 pesos (tres mil pesos 00/100 M.N.).
2. En el extranjero, el importe del viaje de ida y vuelta, así como el hospedaje a razón de 60 USD (sesenta dólares 00/100 USD) diarios, con un máximo de 600 USD (seiscientos dólares 00/100 USD).

e) Asistencia médica por enfermedad o accidente del asegurado en el extranjero. En caso de enfermedad o accidente del asegurado durante su viaje al extranjero, MAPFRE sufragará los gastos de hospitalización, intervenciones quirúrgicas, honorarios médicos y medicamentos prescritos por el médico que lo atienda. El límite máximo por tales conceptos será de 10,000 USD (diez mil dólares 00/100 USD) por cada asegurado, sin deducible ni coaseguro.

f) Asistencia dental de Emergencia. En caso de requerir el asegurado asistencia dental de emergencia, se sufragarán los gastos de atención de problemas odontológicos críticos hasta por 500 USD (quinientos dólares 00/100 USD) sin deducible ni coaseguro. Esta prestación se limita sólo al tratamiento del dolor, infección y extracción de la pieza dentaria que requiera tratamiento de urgencia.

g) Prolongación del hospedaje del asegurado en el extranjero por accidente. Se cubrirán los gastos del hotel del asegurado cuando como resultado de un accidente y por prescripción médica, sea necesario prolongar el hospedaje en el extranjero por asistencia médica. Dichos gastos tendrán un límite de 60 USD (sesenta dólares 00/100 USD) diarios, con máximo de 600 USD (seiscientos dólares 00/100 USD).

h) Transporte o repatriación del asegurado fallecido y de los acompañantes asegurados (cónyuge e hijos). En caso de fallecimiento de uno de los asegurados durante el viaje, MAPFRE sufragará los gastos derivados de los siguientes conceptos:

1. Cuando el deceso ocurra en territorio mexicano, MAPFRE realizará los trámites necesarios y cubrirá los gastos de traslado e inhumación del cadáver al lugar de residencia respectivo en territorio nacional. El límite máximo a cubrir por los conceptos mencionados será de $40,000 pesos (cuarenta mil pesos 00/100 M.N.).

2. En caso de que el deceso ocurra en el extranjero, MAPFRE únicamente cubrirá los gastos de repatriación de los restos al lugar de residencia respectivo en territorio mexicano. El límite máximo por todos los conceptos mencionados será de 5,000 USD (cinco mil dólares 00/100 USD).

También se sufragarán los gastos de traslado de los asegurados acompañantes (cónyuge e hijos) hasta su respectivo domicilio o al lugar de inhumación, siempre y cuando dicho traslado no pueda efectuarse en el medio de transporte previsto con motivo del viaje.

Si alguno de los asegurados acompañantes fuese menor de quince (15) años y no tuviese quién lo acompañe, a solicitud de cualquier asegurado, MAPFRE proporcionará una persona idónea para que le atienda durante el traslado.

QUINTA. Exclusiones del servicio de Asistencia en Viaje:

a) Los causados por mala fe del asegurado.

b) Los fenómenos de la naturaleza de carácter extraordinario, tales como inundaciones, terremotos, erupciones volcánicas y tempestades ciclónicas.

c) Hechos y actos derivados de terrorismo, motín o alboroto popular.

d) Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.

e) Los derivados de la energía nuclear radioactiva.

f) Los servicios que el asegurado haya contratado sin el previo consentimiento de MAPFRE.
g) Los gastos médicos u hospitalarios dentro del territorio mexicano.

h) Las lesiones derivadas de padecimientos crónicos y de las diagnosticadas con anterioridad a la iniciación del viaje.

i) La muerte producida por suicidio y las lesiones o secuelas que ocasione la tentativa del mismo.

j) La muerte o lesiones originadas directamente, de actos realizados por el asegurado con dolo o mala fe.

k) La asistencia y gastos producidos por accidentes que resulten por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de estas una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, sustancias tóxicas, narcóticos o medicamentos sin prescripción médica.

l) La asistencia y gastos derivados de enfermedades mentales.

m) Los relacionados con la adquisición y uso de prótesis y anteojos.

n) Los gastos de asistencia por embarazo, parto y/o sus complicaciones.

o) La asistencia y gastos derivadas de prácticas deportivas profesionales en competencias.

p) Los alimentos, bebidas, llamadas telefónicas y otros gastos adicionales a los de cargo de habitación en el caso de hospedaje.

SEXTA. Cuando se produzca alguno de los hechos objeto de las prestaciones garantizadas por este servicio, el asegurado solicitará a MAPFRE la asistencia correspondiente a los teléfonos (55) 5480 3814 (por cobrar del extranjero) y 800-71 913 00 (dentro de la república mexicana) las veinticuatro (24) horas de los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, e indicará su número de póliza, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicios que precise. El importe de estas llamadas telefónicas será por cuenta de MAPFRE.

SÉPTIMA. Los servicios se prestarán:

a) Directamente por MAPFRE o por terceros con quienes la misma contrate bajo su responsabilidad.
b) Salvo caso fortuito o fuerza mayor que lo impidan. Por ejemplo: Guerra o desastre natural.

OCTAVA. Todo lo no previsto en este servicio se regirá por las condiciones generales y, en su caso, las especiales de la póliza.

10.6.3 Hogar

Este servicio proporcionará por medio de un proveedor especializado contratado por MAPFRE, uno de los siguientes servicios: de plomería, cerrajería y albañilería, siempre y cuando dichos servicios tengan el carácter:

1. De urgencia.
2. Que el asegurado se encuentre con una incapacidad derivada de una enfermedad o accidente cubierto por esta póliza.
3. Que el asegurado se encuentre imposibilitado a realizarlos por cuenta propia.

Se cubrirá hasta un evento en la vigencia de la póliza.

En caso de requerir la utilización de los servicios antes mencionados, el asegurado comunicarse a nuestro Contact Center las veinticuatro (24) horas de los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, e indicar su número de póliza, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicios que precise.

10.6.4 Funeraria

Este servicio MAPFRE proporcionará por medio de un proveedor especializado, para cada integrante de la póliza hasta un monto de veinticinco mil pesos ($ 25,000 pesos 00/100 M.N.) en caso de fallecimiento a causa de un accidente o padecimiento cubierto, los siguientes servicios:

1. Recolección del cadáver en el aeropuerto correspondiente. Se realizará la gestión para recoger el cadáver en el aeropuerto destino al que se realizó la repatriación.
2. Traslado funerario. Se efectuará el traslado del cuerpo, hasta el lugar de inhumación o residencia habitual o sala de velación que seleccionen los familiares.
3. Preparación estética del cuerpo. Se coordinará que se realice el embalsamamiento del cuerpo del asegurado fallecido.
4. Ataúd estándar. Se proporcionará el ataúd estándar donde el cuerpo del beneficiario fallecido se velará.
5. Sala de velación o velación en domicilio. Se coordinará la velación del asegurado fallecido en su domicilio particular o en la sala de velación, de acuerdo a la selección de los familiares.
6. Cremación del cuerpo o inhumación dentro de la localidad, municipio o zona conurbada. Se realizará los trámites para la cremación o inhumación del cuerpo del asegurado fallecido y gestionará lo necesario para cualquiera de estos dos (2) requerimientos, se realizará los trámites para la obtención de la urna y el nicho con título de propiedad, donde el costo de este último será a cargo de los familiares. En caso de cremación o inhumación, se facilitará el traslado del cuerpo del asegurado fallecido al panteón y se proporcionará la urna o ataúd estándar para el mismo.

Además de los beneficios anteriores, este servicio contempla lo siguiente:

1. Asesoría telefónica en trámites con hospitales, autoridades civiles, sanitarias y registro civil. Se asesorará a los familiares sobre los trámites necesarios ante las autoridades competentes por el fallecimiento de algún asegurado a efectos de inhumar o cremar el cuerpo.

2. Asistencia legal telefónica. Se atenderá telefónicamente las consultas que formule el beneficiario referente a: sucesiones, pensiones, seguros, reclamaciones a terceros y cualquier asunto relacionado con el fallecimiento.

Para este servicio no aplica deducible ni coaseguro.

Exclusiones del servicio de Asistencia Funeraria:

1. **Los causados por mala fe del beneficiario.**
2. **Hechos y actos derivados de terrorismo, motín o tumulto.**
3. **Hechos y actos de fuerzas armadas, fuerzas o cuerpos de seguridad en tiempos de paz.**
4. **Los derivados de la energía nuclear radiactiva.**
5. **Los servicios que el beneficiario haya contratado sin el previo consentimiento de la compañía.**
6. **Los gastos médicos u hospitalarios.**
7. **Los costos que deriven de actos de la autoridad o Ministerio público que intervengan.**
8. **La muerte o lesiones originadas directamente de actos realizados por el asegurado con dolo a mala fe.**

9. **Suicidio o intento de suicidio, cualquiera que sea la causa o circunstancia que lo provoque.**

En caso de requerir la utilización de los servicios antes mencionados, el asegurado comunicarse a nuestro Contact Center las veinticuatro (24) horas de los trescientos sesenta y cinco (365) días del año, e indicar su número de póliza, así como el lugar donde se encuentra y la clase de servicios que precise.

10.7 Tu escudo

Este combo de coberturas opcionales con costo podrá amparar mediante la contratación expresa de uno o más conceptos, los cuales, se indicarán en la carátula de la póliza.

10.7.1 Enfermedades frecuentes

Esta cobertura indemnizará hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si el asegurado durante la vigencia de la póliza requiere tratamiento médico o quirúrgico en un hospital derivada de alguno de los siguientes eventos:

1. Apendicetomía
2. Amigdalotomía
3. Adenoidectomía
4. Hernio plastia de cualquier tipo
5. Colecistectomía
6. Histerectomía
7. Litotripsia
8. Fractura de Hueso, excepto de pie, manos y nariz.

El periodo de espera para este evento es de noventa (90) días después de contratada la cobertura.

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado, reinstalando la suma asegurada a la renovación de la póliza para nuevos eventos, siempre y cuando las nuevas reclamaciones no sean consecuencia directa de las ya indemnizadas en las vigencias anteriores.

Para la reclamación de este beneficio se solicitará la siguiente información:

1. Aviso de accidente y/o enfermedad, el cual será proporcionado por parte de MAPFRE.
2. Estancia hospitalaria al menos de 48 horas para el tratamiento médico correspondiente, en caso de requerir el tratamiento quirúrgico no existirá tiempo mínimo de estancia hospitalaria.
3. Anexar, los estudios de laboratorio, gabinete, imagenología u otro estudio que confirme el diagnóstico los cuales estarán a cargo del asegurado.

10.7.2 Enfermedades catastróficas

Esta cobertura indemnizará hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si el asegurado durante la vigencia de la póliza presenta los siguientes eventos:

1. Trasplantes
2. Infarto agudo al miocardio
3. Cirugía a corazón abierto

4. Insuficiencia renal
5. Politraumatismos
6. Quemaduras graves

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado, reinstalando la suma asegurada a la renovación de la póliza para nuevos eventos, siempre y cuando las nuevas reclamaciones no sean consecuencia directa de las ya indemnizadas en las vigencias anteriores.

10.7.3 Mujer

Esta cobertura indemnizará hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si el asegurado durante la vigencia de la póliza presenta los siguientes eventos:

1. Cáncer cérvico uterino
2. Cáncer de mama

El periodo de espera para este evento es de noventa (90) días después de contratada la cobertura.

Se entiende como cáncer, aquella enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, así como la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o la metástasis de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios.

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado, reinstalando la suma asegurada a la renovación de la póliza para nuevos eventos, siempre y cuando las nuevas reclamaciones no sean consecuencia directa de las ya indemnizadas en las vigencias anteriores.

Para la reclamación de este beneficio se solicitará la siguiente información:

1. Aviso de accidente y/o enfermedad, el cual será proporcionado por parte de MAPFRE.
2. Diagnostico por primera vez en forma clínica y mediante un estudio a histopatológico a cargo del asegurado, entendiéndose este último como los documentos que contienen resultados de las pruebas que concluyen en un diagnóstico de cáncer maligno, la documentación debe fecharse y encontrarse debidamente firmada por un médico patólogo titulado y certificado por el consejo de especialidad, incluyendo las laminillas o tejidos preparados.

10.7.4 Hombre

Esta cobertura indemnizará hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si el asegurado durante la vigencia de la póliza presenta los siguientes eventos:

1. Infarto al miocardio
2. Parálisis de las extremidades

El periodo de espera para este evento es de noventa (90) días después de contratada la cobertura.

Se entiende como infarto al miocardio, la muerte de una parte del músculo del miocardio como consecuencia de un aporte sanguíneo deficiente a la zona respectiva. El diagnóstico debe ser inequívoco y respaldado por una hospitalización debida a síntomas urgentes de un infarto al miocardio, asociado a cambios relevantes en el electrocardiograma (ECG) y aumento en las enzimas cardiacas por sobre valores normales de laboratorio. Para proceder al pago de la indemnización se requiere tratamiento hospitalario superior a 48 horas.

Se entiende como parálisis de las extremidades a la completa, permanente e irreversible pérdida del uso de por lo menos, ambos brazos, o ambas piernas, o un brazo y una pierna, a través de una parálisis causada por enfermedad o lesión.

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado, reinstalando la suma asegurada a la renovación de la póliza para nuevos eventos, siempre y cuando las nuevas reclamaciones no sean consecuencia directa de las ya indemnizadas en las vigencias anteriores.

Para la reclamación de este beneficio se solicitará la siguiente información:

1. Aviso de accidente y/o enfermedad, el cual será proporcionado por parte de MAPFRE.
2. En caso de reclamar infarto al miocardio, se deberá anexar al menos tres o más de los siguientes estudios a cargo del asegurado que confirmen dicho evento:
    a. Historia del dolor torácico típico.
    b. Electrocardiograma (ECG) con cambios nuevos que demuestran un infarto.
    c. Diagnóstico de elevación de enzimas cardiacas CPK-MB.
    d. Diagnóstico de elevación de la Troponina (T o I).
    e. Una fracción de la eyección ventricular izquierda menor al cincuenta por ciento (50%), medida tres (3) meses o más después del evento.
3. En caso de reclamar parálisis de las extremidades, se deberá anexar la confirmación del estado emitido por un médico neurólogo, además de incluir uno o ambos de los siguientes estudios a cargo del asegurado: electromiografía y/o potenciales evocados somatosensoriales.

10.7.5 Cáncer

Esta cobertura indemnizará hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si el asegurado durante la vigencia de la póliza presenta los siguientes eventos:

1. Cáncer en cualquier órgano, excepto en la piel.

El periodo de espera para este evento es de noventa (90) días después de contratada la cobertura.

Se entiende como cáncer, aquella enfermedad que se manifiesta por la presencia de un tumor maligno, caracterizado por su crecimiento descontrolado y la proliferación de células malignas, así como la invasión de tejidos incluyendo la extensión directa o la metástasis de células malignas en los sistemas linfáticos o circulatorios.

Solo se cubrirá un evento durante la vida del asegurado, reinstalando la suma asegurada a la renovación de la póliza para nuevos eventos, siempre y cuando las nuevas reclamaciones no sean consecuencia directa de las ya indemnizadas en las vigencias anteriores.

Para la reclamación de este beneficio se solicitará la siguiente información:

1. Aviso de accidente y/o enfermedad, el cual será proporcionado por parte de MAPFRE.
2. Diagnostico por primera vez en forma clínica y mediante un estudio histopatológico, entendiéndose este último como los documentos que contienen resultados de las pruebas que concluyen en un diagnóstico de cáncer maligno, la documentación debe fecharse y encontrarse debidamente firmada por un médico patólogo titulado y certificado por el consejo de especialidad, incluyendo las laminillas o tejidos preparados.

10.7.6 Infantil

Esta cobertura cubrirá hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza, si los asegurados menores a doce (12) años durante la vigencia de la póliza tienen un accidente de acuerdo con lo establecido en la sección 1. Definiciones que le origine en forma directa lesiones corporales que ameriten intervención quirúrgica dentro de los 10 días siguientes a la fecha de ocurrido el accidente

Se entiende por intervención quirúrgica, toda intervención (en quirófano utilizando anestesia y material quirúrgico) realizado por médicos certificados en la materia (cirugía en cualquiera de sus especialidades), cuyo fin único será dar solución definitiva a una lesión.

Solo se cubrirá un evento durante la vigencia de la póliza.

Para la reclamación de este beneficio se solicitará la siguiente información:

1. Aviso de accidente y/o enfermedad, el cual será proporcionado por parte de MAPFRE.
2. Documentos que contienen resultados de las pruebas que concluyen en un diagnóstico derivado del accidente, así como las facturas que comprueben dichos gastos.

10.7.7 Muerte accidental

Esta cobertura indemnizará a los beneficiarios designados hasta la suma asegurada contratada indicada en la carátula de la póliza sin aplicar deducible ni coaseguro, si el asegurado durante la vigencia de la póliza fallece de manera accidental, entendiéndose como fallecimiento accidental a la acción súbita, fortuita y violenta de una causa externa, ajena a la voluntad del asegurado, que le origine directamente la muerte, siempre que ésta ocurra dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del accidente.

La designación de beneficiarios es indispensable para esta cobertura y el asegurado tiene derecho a designar o cambiar libremente los beneficiarios, siempre que este contrato no haya sido cedido y no exista restricción legal en contrario. El asegurado deberá notificar el cambio por escrito a MAPFRE señalando el nombre del nuevo beneficiario. En caso de que la notificación no se reciba oportunamente, MAPFRE pagará al último beneficiario de que tenga conocimiento, quedando liberada de las obligaciones contraídas en este contrato.

En caso de no existir designación de beneficiarios, la indemnización correspondiente se realizará por sucesión testamentaria.

Especificaciones importantes de la presente cobertura:

Si como consecuencia del accidente sufrido por el asegurado y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo sobreviniera la muerte, MAPFRE pagará a los beneficiarios designados del asegurado fallecido, o a falta de éstos, a la sucesión del asegurado, el importe de la suma asegurada para esta cobertura.

Los asegurados que gocen de esta cobertura deberán otorgar su consentimiento para ser amparados por el beneficio de muerte accidental, de conformidad con lo indicado por el artículo 167 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

En adición a la sección 8. Exclusiones, esta cobertura no ampara:

a) La muerte accidental que ocurra por culpa grave del asegurado al encontrarse bajo los efectos del alcohol (el nivel de alcohol en

sangre deberá ser superior a 0.8 gramos por litro, o la prueba en aire espirado superior a 0.4 miligramos por litro, y a falta de estas una evaluación clínica para determinar el grado de intoxicación etílica), drogas, narcóticos o alucinógenos no prescritos como medicamento.

10.7.8 Pérdidas orgánicas

Esta cobertura indemniza al asegurado en caso de que el asegurado, con motivo directo de accidente y dentro de los noventa (90) días siguientes a la fecha del mismo, sufra cualquiera de las pérdidas orgánicas enumeradas en esta cobertura, MAPFRE pagará el porcentaje de la suma asegurada establecida para esta cobertura sin aplicar deducible ni coaseguro.

ESCALA DE INDEMNIZACIONES "A" POR LA PÉRDIDA DE:

Ambas manos o ambos pies o la vista de ambos ojos 100%
Una mano y un pie.....……..…..……..... 100%
Una mano y la vista de un ojo o un pie y la vista de un ojo..... 100%
Una mano o un pie……..... 50%
La vista de un ojo ……..……. 30%
El pulgar de cualquier mano ……..... 15%
El índice de cualquier mano ……..... 10%

La pérdida significará, en cuanto a las manos y a los pies, la pérdida por anquilosis o separación en las coyunturas de la muñeca o del tobillo o arriba de los mismos; en cuanto a los dedos pulgar e índice, la anquilosis o separación de la coyuntura metacarpo-falangeal o arriba de la misma; en cuanto a los ojos, la pérdida completa e irreparable de la vista.

Cuando sean varias las pérdidas ocurridas durante la vigencia de la póliza en uno o en varios accidentes, MAPFRE pagará la suma de las indemnizaciones correspondientes a cada una, hasta una cantidad que en ningún caso será superior al cien por ciento (100%) de la suma asegurada para esta cobertura.

10.8 Tus días seguros

Este bloque de coberturas ampara al menos uno de los siguientes conceptos, siempre y cuando estén indicados en la carátula de la póliza como amparados.

10.8.1 Hospitalización

Esta cobertura indemniza la renta diaria hasta por ciento ochenta (180) días o el alta del asegurado, lo que pase primero, si durante la vigencia de la póliza el asegurado se viera precisado a internarse en un hospital privado para someterse a tratamiento médico o quirúrgico, siempre y cuando sean requerido para el restablecimiento de la salud de un padecimiento cubierto y cumpla con el periodo de carencia contratado.

Periodo máximo de cobertura:

1. Si la póliza en la cual se encuentra contratada esta cobertura se renueva ininterrumpidamente, se continuará pagando la renta diaria mientras el asegurado se encuentre hospitalizado hasta ciento ochenta (180) días contados a partir del inicio de la hospitalización o el alta hospitalaria, lo que pase primero.

2. Si la póliza en la cual se encuentra contratada esta cobertura se da por terminada por cualquier causa, se le pagará la renta diaria hasta por un máximo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de terminación del contrato o el alta hospitalaria, lo que ocurra primero.

Solo se cubrirá dos (2) eventos durante la vigencia de la póliza.

10.8.2 Incapacidad

Esta cobertura indemniza la renta diaria hasta por cincuenta y dos (52) semanas o hasta el término de la incapacidad, lo que pase primero, si durante la vigencia de la póliza el asegurado sufriera una incapacidad temporal derivada de un padecimiento cubierto, siempre que la incapacidad cumpla con el periodo de carencia contratado.

Periodo máximo de cobertura:

1. Si la póliza en la cual se encuentra contratada esta cobertura se renueva ininterrumpidamente, se continuará pagando la renta diaria hasta por cincuenta y dos (52) semanas contadas a partir del inicio de la incapacidad temporal o el alta de la incapacidad temporal, lo que pase primero.
2. Si la póliza en la cual se encuentra contratada esta cobertura se da por terminada por cualquier causa, se le pagará la renta diaria hasta por un máximo de treinta (30) días contados a partir de la fecha de terminación del contrato o el alta de la incapacidad temporal, lo que ocurra primero.

Solo se cubrirá dos (2) eventos durante la vigencia de la póliza.

11. Cláusulas generales

11.1 Cláusulas de interés para el asegurado

11.1.1 Renovaciones

La primera y las ulteriores renovaciones que tenga este contrato se sujetarán bajo condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas.

El pago de la prima acreditado mediante recibo extendido en las formas usuales de MAPFRE se tendrá como prueba suficiente de tal renovación.

En la primera y ulteriores renovaciones el deducible, coaseguro, tope de coaseguro, suma asegurada y plan contratados permanecerán fijos a menos que se desee una modificación por parte del contratante y en tal caso, este debe notificarlo por escrito; esto no afectará los beneficios ganados por antigüedad del asegurado siempre y cuando el nuevo plan los contemple, dicho cambio estará sujeto a la presentación y aceptación de los requisitos de asegurabilidad que corresponda, salvo lo estipulado en la cláusula 11.1.3 Plan Vitalicio de la sección 11. Cláusulas generales.

Se perderá el derecho a la renovación en cualquier momento si MAPFRE comprueba que hubo dolo o mala fe de acuerdo con lo señalado en la cláusula 11.3.5 de la sección 11. Cláusulas generales.

11.1.2 Renovación automática

MAPFRE otorgará al asegurado la renovación de su contrato en forma automática ofreciendo condiciones de aseguramiento congruentes con las originalmente contratadas En cada renovación la prima que deberá pagarse en términos de la sección 11ª numeral 11.1.4, se aplicará de acuerdo

a la edad del asegurado. El incremento que se efectuará para cada renovación será el que corresponda, conforme a los procedimientos y parámetros calculados con información homogénea, suficiente y confiable, establecidos en la Nota Técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, así como las actualizaciones en el registro a la documentación contractual que corresponda y registrada ante dicho Organismo.

MAPFRE se obliga a informar al contratante con al menos veinte (20) días de anticipación a la renovación de la póliza, las condiciones aplicables a la misma.

11.1.3 Plan Vitalicio

Si el asegurado contrata su póliza Protección Médica a tu Medida con MAPFRE, antes de edad ochenta y uno (81) para el paquete Esencial y antes de edad sesenta y seis (66) para el resto de paquetes, obtiene el beneficio de plan vitalicio, es decir, éste podrá continuar renovando su póliza de forma vitalicia en un plan de igual o menor amplitud (suma asegurada, tipo de hospital y coberturas adicionales) en el cual estuvo asegurado antes de iniciar con este beneficio.

Eventualmente, la suma asegurada y el deducible podrán actualizarse consecuencia de la inflación presentada en los servicios médicos, publicada por el Banco de México, de los últimos períodos, siempre y cuando, exista dentro de la oferta comercial de MAPFRE la opción de suma asegurada y deducible necesario de acuerdo con el índice de inflación antes mencionado. El período para considerar para el cálculo de la inflación para el ajuste de la suma asegurada de la cobertura elemental será a partir de que el asegurado cumpla con las características para tener derecho al plan vitalicio o de la última actualización de suma asegurada obtenida con el plan vitalicio.

En ningún caso la suma asegurada podrá ser superior a la suma asegurada máxima establecida en la Nota técnica registrada ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

11.1.4 Primas

La prima de esta póliza es la suma de las correspondientes a cada uno de los asegurados de acuerdo con su ocupación, estado de contratación, suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro, edad y sexo.

En cada renovación o inclusión(es) de asegurado(s), la prima se determinará de acuerdo con su ocupación, estado de contratación, suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro, sexo y edad alcanzada por cada uno de los asegurados, aplicando las tarifas en vigor en esa fecha.

11.1.5 Comisión o compensación directa

Durante la vigencia de la póliza, el contratante podrá solicitar por escrito a la institución le informe el porcentaje de la prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. La institución proporcionará dicha información, por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez (10) días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

11.1.6 Alta de asegurados

Los hijos de asegurados que nazcan durante la vigencia de la póliza quedarán cubiertos desde su nacimiento, sin necesidad de pruebas médicas, siempre y cuando el nacimiento se notifique a MAPFRE durante los sesenta (60) días naturales siguientes a la fecha del nacimiento, que la madre tenga al menos diez (10) meses continuos de cobertura en la póliza al momento del nacimiento y se realice el pago de prima correspondiente del nuevo asegurado de conformidad a la cláusula 11.3.1 Pago de primas.

Si no se cumple cualquiera de los requisitos anteriores, la aceptación del recién nacido estará sujeta a la aprobación por parte de MAPFRE, una vez presentados los requisitos de asegurabilidad correspondientes, y al pago de la prima de conformidad a la cláusula 11.3.1 Pago de primas.

Los hijos (as) de las hijas aseguradas que cumplan con los requisitos anteriores quedarán cubiertos hasta el término de la vigencia de la póliza.

Si el asegurado titular contrae matrimonio, su cónyuge quedará cubierto por la póliza siempre y cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad, de acuerdo con las políticas vigentes al momento de la solicitud.

En el caso de hijos adoptivos, quedarán cubiertos por la póliza siempre y cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad, de acuerdo con las políticas vigentes al momento de la solicitud.

En el caso del personal doméstico, quedarán cubiertos por la póliza siempre y cuando se cumpla con los requisitos de asegurabilidad, de acuerdo con las políticas vigentes al momento de la solicitud.

Una vez que MAPFRE acepte incluir al cónyuge, al hijo adoptivo o el personal doméstico, según sea el caso, deberá pagarse la prima correspondiente de acuerdo con la edad y sexo, de conformidad a la cláusula 11.3.1 Pago de primas.

11.1.7 Baja de asegurados

Causará baja de esta póliza cualquier asegurado que:

a) Fallezca.
b) Siendo cónyuge, concubina o concubinario, se separe legalmente del asegurado titular.

En cualquier caso, los asegurados que causaron baja, podrán contratar otra póliza a su nombre, hasta por la misma suma asegurada, deducible, coaseguro, tope de coaseguro y coberturas adicionales, sin requisitos de asegurabilidad, siempre que la nueva póliza se solicite dentro de los treinta (30) días siguientes a su baja respectiva. Si la póliza se solicita posteriormente a los treinta (30) días de la fecha en que causaron baja, los asegurados perderán la antigüedad reconocida y deberán presentar los requisitos de aceptación vigentes.

La fecha de baja a considerar será cuando se realice alguno de los eventos antes mencionados.

También causarán baja de la póliza los asegurados que solicite el contratante, para lo cual se obliga a comunicarlo por escrito a MAPFRE, entendiéndose que los beneficios del seguro para estas personas cesarán a partir de la fecha en que se reciba dicha notificación.

En caso de baja de cualquier asegurado durante la vigencia de la póliza no operará el Período de Beneficio.

a) En caso de que el contratante solicite la baja de asegurados, dentro de los treinta (30) primeros días naturales de vigencia de la póliza, MAPFRE devolverá la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no trascurrido de la vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza en un plazo no mayor a treinta (30) días hábiles.
b) En caso de que el contratante solicite la baja de asegurados, después de los primeros treinta (30) días naturales de vigencia de la póliza, MAPFRE devolverá el cincuenta y seis por ciento (56%) de la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza.

   La prima será reembolsada al contratante previa solicitud por escrito, a través del mismo medio utilizado para su pago y/o mediante transferencia bancaria, en un plazo máximo de 30 días naturales contados a partir de la entrega completa de la documentación requerida.

En caso de siniestro abierto, se procederá a realizar la baja sin devolución de la prima antes mencionada.

11.1.8 Edad

El límite de edad de aceptación para nuevos asegurados es hasta los ochenta años (80) para el paquete Esencial y sesenta y cinco (65) años para el resto de paquetes, excepto para las siguientes coberturas:

1. Para la cobertura de Muerte accidental la edad de aceptación es de doce (12) a sesenta y cinco (65) años para nuevos asegurados.
2. Para las coberturas Previsión, Hospitalización, Incapacidad, Hombre y Mujer, la edad de aceptación del titular es de dieciocho (18) a sesenta y cinco (65) años para nuevos asegurados.
3. Para la cobertura de Emergencia en el extranjero y Enfermedades catastróficas en el extranjero, la edad de aceptación es a partir del día treinta y uno (31) para recién nacidos hasta los sesenta y cinco (65) años para nuevos asegurados.
4. Para la cobertura de Maternidad, la edad de aceptación será a partir de dieciocho (18) y hasta cuarenta y cuatro (44) años de edad.

Por lo que respecta a los hijos, éstos se aceptarán desde el primer día de nacidos, siempre y cuando se cumpla con lo señalado en el apartado 1. Definiciones, para dependientes económicos.

Si a consecuencia de la inexacta declaración la edad real de los asegurados, al tiempo de la celebración o en su caso la renovación del Contrato de Seguro, hubiere estado fuera de los límites fijados, los beneficios de la póliza quedarán rescindidos para los asegurados y MAPFRE reintegrará la prima no devengada correspondiente que se hubiere pagado en un plazo no mayor a treinta (30) días.

MAPFRE se reserva el derecho de exigir en cualquier momento la comprobación de la fecha de nacimiento de los asegurados. Una vez comprobada la edad, MAPFRE hará la anotación correspondiente en la póliza o extenderá el comprobante respectivo y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

11.1.9 Período del Seguro

Las partes convienen expresamente en que el período del seguro contratado inicialmente o por renovación será de un año y coincidirá siempre con el plazo que cubre la prima respectiva y que se indica en la carátula de la póliza.

11.1.10 Período de Beneficio

Si la póliza no presenta un período al descubierto, se continuarán pagando los gastos complementarios procedentes por cada padecimiento incurridos dentro de los cinco (5) días siguientes al fin de vigencia de la póliza, o hasta el agotamiento de la suma asegurada, lo que ocurra primero y de acuerdo con las condiciones generales vigentes al momento de ocurrir el primer gasto.

Si por causas atribuibles a MAPFRE se genera un período al descubierto, no será aplicable en perjuicio del asegurado.

Si la póliza se cancela por falta de pago, MAPFRE cubrirá los gastos erogados a consecuencia de siniestros cubiertos y ocurridos en la vigencia del contrato, incurridos hasta la fecha de vencimiento del recibo pendiente de pago, conforme a la establecido en los Artículos 35, 36 y 37 de la Ley del Contrato del Seguro o hasta agotar la Suma Asegurada, lo que ocurra primero.

En caso de cancelación de la póliza a solicitud del contratante; por omisiones o inexactas declaraciones conforme a lo señalado en la cláusula 11.3.5 o por agravación del riesgo conforme a lo señalado en la cláusula 11.1.12 o en caso de baja de un asegurado conforme a lo señalado en la cláusula 11.1.7, MAPFRE quedará relevado de cualquier responsabilidad de pago por aquellos gastos erogados posteriormente a la fecha de cancelación de la póliza, o a la fecha de baja del asegurado.

11.1.11 Terminación anticipada del contrato

Serán causa de terminación del presente contrato:

1. Omisiones o inexactas declaraciones. (Cláusula 11.3.5)
2. Agravación del Riesgo. (Cláusula 11.1.12)
3. Falta de pago de primas. (Cláusula 11.3.1)
4. A solicitud del contratante:

    4.1 En caso de que el contratante solicite la cancelación de la póliza, dentro de los treinta (30) primeros días naturales de vigencia de la póliza, MAPFRE devolverá la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no trascurrido de la vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza en un plazo no mayor a treinta (30) días.

    4.2 En caso de que el contratante decida dar por terminado el contrato, después de los primeros treinta (30) días naturales de vigencia de la póliza, MAPFRE devolverá el cincuenta y seis (56%) de la prima neta cobrada correspondiente al tiempo no transcurrido de vigencia de la póliza (prima no devengada) sin incluir los derechos de póliza en un plazo no mayor a treinta (30) días.

Dicha prima será devuelta cuando el contratante solicite por escrito la cancelación de la póliza, por el mismo medio en el que la contrató.

En caso de siniestro abierto, se procederá a realizar la cancelación de la póliza, sin devolución de la prima antes mencionada.

11.1.12 Agravación del Riesgo

Las obligaciones de MAPFRE cesarán de pleno derecho por las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro de conformidad con lo previsto en los artículos 52, 53 fracción I y II, 60 y 70 de la Ley Sobre el Contrato del Seguro.

En caso de que, en el presente o en el futuro, el (los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s) realice(n) o se relacione(n) con actividades ilícitas, será considerado como una agravación esencial del riesgo en términos de ley.

Por lo anterior, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la compañía, si el(los) contratante(s), asegurado(s) o beneficiario(s), en los términos del artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas y sus disposiciones generales, fuere(n) condenado(s) mediante sentencia definitiva que haya causado estado, por cualquier delito vinculado o derivado de lo establecido en los Artículos 139 a 139 Quinquies, 193 a 199, 400 y 400 Bis del Código Penal Federal y/o cualquier artículo relativo a la delincuencia organizada en territorio nacional; dicha sentencia podrá ser emitida por cualquier autoridad competente del fuero local o federal, o si el nombre del (los) contratante(s), asegurado(s) o Beneficiario(s) sus actividades, bienes cubiertos por la póliza o sus nacionalidades es (son) publicado(s) en alguna lista oficial relativa a los delitos vinculados con lo establecido en los artículos antes citados, sea de carácter nacional o extranjera proveniente de un gobierno con el cual el

Gobierno Mexicano tenga celebrado alguno de los tratados internacionales en la materia antes mencionada, ello en términos de la fracción X disposición Vigésima Novena, fracción V disposición Trigésima Cuarta o Disposición Quincuagésima Sexta de la Resolución por la que se expiden las Disposiciones de Carácter General a que se refiere el artículo 492 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas.
En su caso, las obligaciones del contrato serán restauradas una vez que MAPFRE tenga conocimiento de que el nombre del (de los) contratante(s), asegurado(s) o Beneficiario(s) deje(n) de encontrarse en las listas antes mencionadas.

MAPFRE consignará ante la autoridad jurisdiccional competente, cualquier cantidad que derivada de este Contrato de Seguro pudiera quedar a favor de la persona o personas a las que se refiere el párrafo anterior, con la finalidad de que dicha autoridad determine el destino de los recursos. Toda cantidad pagada no devengada que sea pagada con posterioridad a la realización de las condiciones previamente señaladas, será consignada a favor de la autoridad correspondiente.

11.1.13. Rehabilitación de Póliza

La póliza se podrá rehabilitar a partir del primer (1) día natural y hasta los cuarenta y cinco (45) días naturales después de concluido el periodo de gracia aplicando un periodo al descubierto desde el inicio hasta la fecha del pago correspondiente, siempre y cuando el contratante lo solicite por escrito a MAPFRE en cualquier momento de dicho lapso.

En caso de que la póliza supere los cuarenta y cinco (45) días naturales después de concluido el periodo de gracia, la póliza no se podrá rehabilitar.

La póliza se considerará rehabilitada de acuerdo con los criterios descritos en la presente cláusula, a partir de la hora y día señalados en el comprobante de pago de la prima o fracción de ella.

En ningún caso MAPFRE pagará las reclamaciones por padecimientos cuyos síntomas o signos se hayan iniciado antes de la rehabilitación de la póliza, ni los gastos erogados en dicho periodo por cualquier padecimiento.

Los periodos de espera indicados en la sección 6. Gastos médicos cubiertos con periodo de espera, comenzaran a contar a partir del día y la hora en que surta efecto la rehabilitación.

11.1.14. Examen Médico

MAPFRE podrá solicitar al asegurado la realización de exámenes médicos, de laboratorio, gabinete, imagenología o cualquier información médica requerida para la valoración del riesgo.

Al asegurado que se hubiera sometido a los exámenes referidos en el párrafo anterior, no podrá aplicársele la cláusula de preexistencia respecto de enfermedad o padecimiento alguno relativo al tipo de examen que se le haya aplicado, que no hubiese sido diagnosticado en el citado examen médico.

11.2 Cláusulas Operativas

11.2.1 Territorialidad

Salvo pacto expreso en contrario, la presente póliza sólo será aplicable a los gastos médicos realizados dentro de los límites territoriales de la república mexicana a consecuencia de un padecimiento cubierto.

11.2.2 Residencia

Para efectos de este contrato, solo estarán protegidos bajo esta póliza los asegurados que residan habitualmente dentro de la república mexicana.

11.2.3 Términos y condiciones para el uso de medios electrónicos

Para efectos de este contrato, solo estarán protegidos bajo esta póliza los asegurados que residan habitualmente dentro de la república mexicana.

Conforme a lo dispuesto por el artículo 214, fracción II de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, MAPFRE pone a disposición del usuario (el "Usuario"), la celebración de operaciones y la prestación de servicios, mediante el uso de equipos, medios electrónicos, ópticos o de cualquier otra tecnología, sistemas automatizados de procesamiento de datos y redes de telecomunicaciones, ya sean privados o públicos ("Medios Electrónicos"), sujeto a las siguientes bases:

11.2.3.1 Operaciones y servicios.

Las operaciones y servicios que se podrán llevar a cabo con MAPFRE, a través de Medios Electrónicos (las "Operaciones Electrónicas"), son:

- Cotización de seguros;
- Solicitudes de contratación de seguros;
- Emisión de pólizas y endosos;
- Pago de primas;
- Recepción, consulta e impresión de condiciones generales; y
- Cancelación de pólizas y endosos.

11.2.3.2 Mecanismos y procedimientos de identificación y autenticación

Para la celebración de Operaciones Electrónicas, MAPFRE identificará y autenticará al Usuario, a través de distintas herramientas informáticas, dependiendo del Medio Electrónico y del tipo de Operación de que se trate, conforme a lo siguiente:

- Solicitando al Usuario proporcionar datos personales para su apropiada e inequívoca identificación.
- A través de cuestionarios practicados por operadores telefónicos, respecto a información que sólo Usuario conozca o deba conocer.
- Solicitando al Usuario ingresar o generar claves de acceso, números de identificación personales, folios y/o contraseñas.
- A través de dispositivos biométricos, tales como lectores de huellas dactilares, geometría de la mano o patrones en iris o retina, entre otras.

La realización de Operaciones Electrónicas, a través de los distintos medios de identificación y autenticación, en sustitución de la firma autógrafa, producirá los mismos efectos que las leyes otorgan a los documentos correspondientes y, en consecuencia, tendrán el mismo valor probatorio.

MAPFRE se obliga a tratar la información proporcionada por el Usuario a través de Medios Electrónicos, con la debida confidencialidad y seguridad. Pudiendo compartir información con terceros, sólo para fines de cumplimento a leyes o para la correcta prestación de los servicios aquí pactados.

El Usuario, por su parte, reconoce que MAPFRE no será responsable, en caso en que le proporcione información inexacta, insuficiente, incompleta o errónea; O bien, en caso de que el Usuario extravíe o facilite a terceros, la información necesaria para su identificación y autenticación.

De igual manera, MAPFRE no se hará responsable, en caso de que el Usuario no pueda realizar las mismas por causas que le resulten ajenas, como por caso fortuito o de fuerza mayor, por caídas generalizadas de los sistemas propios o del Usuario, fallas o deficiencias en equipos de cómputo y redes de telecomunicaciones, así como por errores, demoras o suspensiones, sean temporales o permanentes, en los servidores necesarios para la realización de las Operaciones en cuestión.

11.2.3.3 Mecanismos y procedimientos para la notificación de operaciones electrónicas

Las Operaciones Electrónicas realizadas por el Usuario, serán notificadas por MAPFRE, a través de los medios de comunicación que el propio Usuario haya proporcionado para tal fin, tales como: direcciones de correo electrónico, mensajes de texto vía telefonía móvil o cualquier otra tecnología.

Las notificaciones al Usuario sólo incluirán datos generales sobre la Operación Electrónica realizada, sin considerar domicilios o información completa respecto de los contratos celebrados.

En ningún caso, MAPFRE transmitirá al Usuario contraseñas y números de identificación personal, a través de dichos medios de notificación, salvo que se encuentren debidamente cifrados, mediante métodos criptográficos en los que se utilicen algoritmos y llaves de encriptación.

Los comprobantes emitidos y transmitidos electrónicamente por MAPFRE tendrán pleno valor probatorio y fuerza legal suficiente para acreditar la realización de la Operación de que se trate, su naturaleza, así como las características y alcance de sus instrucciones.

11.2.3.4 Mecanismos y procedimientos de cancelación de operaciones electrónicas.

En caso de que el Usuario desee cancelar la contratación de operaciones a través de Medios Electrónicos, podrá realizar dicha solicitud, por la misma vía por la cual se contrató. O bien, en cualquier caso, vía telefónica al número indicado en el contrato de seguro correspondiente.

Durante el proceso de cancelación, MAPFRE, solicitará la información necesaria para identificar al Usuario, así como los datos de la operación que desee cancelar. MAPFRE confirmará la cancelación, mediante la generación de un número de folio, mismo que será notificado al Usuario, por cualquier medio de comunicación señalado en el apartado anterior.

El tiempo de respuesta dependerá del Medio Electrónico elegido por el Usuario para la cancelación. No obstante, este no podrá exceder de 72 horas hábiles.

11.2.3.5 Restricciones Operativas.

MAPFRE se reserva el derecho de restringir o modificar la celebración de Operaciones Electrónicas y/o el uso de Medios Electrónicos, principalmente por situaciones de seguridad y protección de información del Usuario.

11.3 Cláusulas Contractuales

11.3.1 Pago de primas

El contratante gozará de un periodo de gracia de treinta (30) días naturales para liquidar el total de la prima o las fracciones correspondientes.

A las doce (12) horas del último día del período a que se refiere el párrafo anterior, los efectos del contrato cesarán automáticamente si el contratante no ha cubierto el total de la prima o la fracción correspondiente.

Para el pago fraccionado de la prima (semestral, trimestral y mensual, éste último con domiciliación bancaria) se aplicará la tasa de financiamiento por pago fraccionado pactada a la fecha de celebración del contrato.

En caso de que el contratante y/o asegurado hubiera manifestado su consentimiento previo y por escrito, el importe de la prima podrá ser pagado mediante depósito bancario o cargo a tarjeta de crédito o cargo a cuenta de cheques. El estado de cuenta donde aparezca el cargo correspondiente hará prueba plena de dicho pago.

En caso de siniestro, MAPFRE podrá deducir de la indemnización, el total de la prima pendiente de pago, si durante el periodo de gracia no hubiera sido pagada la prima correspondiente. Si las reclamaciones presentadas son procedentes, serán cubiertas por reembolso.

En el período de gracia no operará el pago directo, salvo lo estipulado en la cláusula 7.9 Del pago directo de la sección 7. Límites de la cobertura y gastos a cargo del asegurado.

11.3.2 Requerimiento de documentación

MAPFRE podrá solicitar al asegurado o beneficiario cualquier documentación sobre los hechos relacionados con el siniestro, así como la corroboración de diagnóstico o procedimiento a través de segunda valoración, de conformidad con los artículos 69 y 70 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro.

11.3.3 Competencia

Si para los casos previstos en la cláusula 11.3.10, la sección 11. Cláusulas generales, el reclamante no opta por el arbitraje previsto en la misma, así como para cualquier otro no contemplado en tal cláusula, podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

La competencia por territorio para demandar en materia de seguros será determinada, a elección del reclamante, en razón del domicilio de cualquiera de las delegaciones de la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros. Asimismo, será competente el Juez del domicilio de dicha delegación; cualquier pacto que se estipule contrario a lo dispuesto en este párrafo será nulo. En caso de juicio, se deberá emplazar a MAPFRE en el domicilio que se indica en la carátula de la póliza.

En caso de controversia, el reclamante tendrá la prerrogativa de acudir a la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros en sus oficinas Centrales o en sus delegaciones, a la Unidad de Atención a Clientes de La Compañía, o acudir directamente ante los Tribunales competentes.

11.3.4 Prescripción

Todas las acciones que deriven de este Contrato de Seguro prescribirán en dos (2) años, contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, tal como lo previene el artículo 81 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley, que a letra menciona:

Artículo 81. “Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

> I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.
> II.- En dos años, en los demás casos.

En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Tratándose de Terceros Beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor."

La prescripción se interrumpirá por las causas ordinarias y por aquellas a que se refiere la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

11.3.5 Omisiones o Inexactas Declaraciones

El contratante y asegurados están obligados a declarar por escrito a MAPFRE, de acuerdo con la solicitud y cuestionario respectivos, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato de seguro.

La omisión o inexacta declaración de los hechos importantes a que se refiere el párrafo anterior facultará a MAPFRE para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

11.3.6 Moneda

Todos los pagos relativos a este contrato de seguro, ya sean por parte del contratante, asegurado o MAPFRE, serán en moneda nacional, conforme la Ley Monetaria de los Estados Unidos Mexicanos en vigor a la fecha de pago.

Cuando los gastos se hagan en moneda extranjera y procedan de acuerdo con las condiciones de esta póliza, serán reembolsados en el equivalente en Moneda Nacional de acuerdo al tipo de cambio vigente para solventar obligaciones denominadas en moneda extranjera, publicado en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente al día en que se haga el pago.

11.3.7 Otros Seguros

Si al momento de la reclamación por algún padecimiento, las coberturas otorgadas en esta póliza estuvieran amparadas total o parcialmente por otros seguros, en esta u otras aseguradoras o instituciones, el asegurado no podrá recibir más del cien por ciento (100%) de los gastos reales incurridos, sea por un seguro o por la suma de varios.

11.3.8 Notificaciones

De acuerdo con el artículo 66 de la Ley del Contrato de Seguro, tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.
Salvo disposición en contrario, el asegurado o el beneficiario gozarán de un plazo máximo de cinco (5) días para el aviso que deberá ser por escrito si en el contrato no se estipula otra cosa, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, en el que el reclamante deberá avisar a la Institución de Seguros tan pronto como cese el impedimento de acuerdo con lo estipulado en el artículo 76 de la Ley del Contrato del Seguro.

Cualquier reclamación o notificación realizada por el contratante y/o asegurado, relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito a MAPFRE en su domicilio social indicado en la carátula de la póliza.
Cualquier reclamación o notificación realizada por MAPFRE relacionada con el presente seguro, deberá hacerse por escrito en el último domicilio que haya notificado el contratante para tal efecto.

11.3.9 Interés Moratorio

En caso de que MAPFRE, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la indemnización en los términos del Artículo 71 de la Ley Sobre el Contrato de Seguro, se obliga a pagar al asegurado o beneficiario una indemnización por mora de conformidad con lo establecido en el Artículo 276 de las Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas.

11.3.10 Arbitraje Médico

En caso de que MAPFRE rechace una reclamación considerando que el padecimiento es preexistente, el reclamante podrá acudir ante una persona física o moral que sea designada por el reclamante y MAPFRE, a fin de someterse a un arbitraje privado.

MAPFRE acepta que si el reclamante acude a esta instancia, se somete a comparecer ante este árbitro y sujetarse al procedimiento y resolución de dicho arbitraje, el cual vincula al reclamante, y por este hecho se considerará que renuncia a cualquier otro derecho para hacer dirimir la controversia.
El procedimiento de arbitraje será establecido por la persona designada de común acuerdo por el reclamante y MAPFRE, quienes en el momento de acudir a ella deberán firmar el convenio arbitral respectivo. El laudo que emita, vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada. Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante, y en caso de existir será liquidado por MAPFRE.

11.3.11 Subrogación

La empresa aseguradora que pague la indemnización se subrogará hasta la cantidad pagada, en todos los derechos y acciones contra terceros que por causa del daño sufrido correspondan al asegurado.

Si el daño fue indemnizado solo en parte, el asegurado y la empresa aseguradora concurrirán a hacer valer sus derechos en la proporción correspondiente.

El derecho a la subrogación no procederá en el caso de que el asegurado tenga relación conyugal o de parentesco, por consanguinidad o afinidad hasta el segundo grado o civil, con la persona que haya causado el daño, o bien si es responsable de la misma.

11.3.12 Entrega de información

MAPFRE está obligada a entregar al contratante y/o asegurado de la póliza, los documentos que forman parte del presente contrato en los que consten los derechos y obligaciones del seguro, a través de los siguientes medios:

1. De manera personal al momento de contratar el seguro.
2. Envío a domicilio por los medios que MAPFRE utilice para el efecto.
3. Al correo electrónico indicado por el contratante en la solicitud del seguro.

MAPFRE dejará constancia de la entrega de los documentos antes mencionados en el supuesto señalado en el numeral uno y en los casos de los numerales dos y tres, dejará constancia de que usó los medios señalados para la entrega de los documentos.

Si el asegurado y/o contratante no recibe, dentro de los treinta (30) días naturales siguientes de haber contratado el seguro, los documentos a que hace mención el párrafo anterior, deberá hacerlo del conocimiento de MAPFRE, comunicándose a los teléfonos 55 5230 7000 en la Ciudad de México,

o al 800 0 MAPFRE (627 373) para el resto de la república mexicana, para que a través de correo electrónico o en la página de Internet www.mapfre.com.mx, obtenga las condiciones generales de su producto.

11.3.13 Modificaciones al contrato

Si el contratante y/o asegurado titular desea realizar modificaciones al presente contrato de seguro, se deberá notificar por escrito a MAPFRE previo acuerdo de las partes y haciéndose constar mediante cláusulas adicionales o endosos a la póliza del seguro considerando cuando proceda el ajuste necesario a las primas, siempre que lo solicitado se encuentre considerado en el registro de producto previamente realizado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

11.3.14 Unidades de atención al asegurado

MAPFRE pone a su disposición, la Unidad Especializada de Atención a Usuarios (UNE), donde le atenderán de lunes a jueves de 8:00 a 17:00 horas y viernes de 8:00 a 14:00 horas, con número de teléfono: 55 5230 7090 o 800 717 1819 y domicilio en Avenida Revolución 507, Colonia San Pedro de los Pinos, Delegación Benito Juárez, Ciudad de México, C.P. 03800, con correo electrónico une@mapfre.com.mx

Así como, el asegurado podrá acudir a la COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN Y DEFENSA DE LOS USUARIOS DE SERVICIOS FINANCIEROS (CONDUSEF) Domicilio: Avenida Insurgentes Sur #762 Col. Del Valle México D.F. C.P. 03100. Teléfono: En el D.F. al 55 5340-0999 y dentro de la república al 800-999-8080. Página web: www.condusef.gob.mx Correo electrónico: asesoria@condusef.gob.mx

12. Anexo de Leyes

12.1 Ley sobre el Contrato de Seguro

Artículo 8.- El proponente estará obligado a declarar por escrito a la empresa aseguradora, de acuerdo con el cuestionario relativo, todos los hechos importantes para la apreciación del riesgo que puedan influir en las condiciones convenidas, tales como los conozca o deba conocer en el momento de la celebración del contrato.

Artículo 9.- Si el contrato se celebra por un representante del asegurado, deberán declararse todos los hechos importantes que sean o deban ser conocidos del representante y del representado.

Artículo 25.- Si el contenido de la póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la póliza o de sus modificaciones.

Artículo 35.- La empresa aseguradora no podrá eludir la responsabilidad por la realización de riesgo, por medio de cláusulas en que convenga que el seguro no entrará en vigor sino después del pago de la primera prima o fracción de ella.

Artículo 36.- En caso de duda, las primas ulteriores a la del primer periodo del seguro se entenderán vencidas al comienzo y no al fin de cada nuevo periodo.

Artículo 37.- En los seguros de vida, en los de accidentes y enfermedades, así como en los de daños, la prima podrá ser fraccionada en parcialidades que correspondan a

periodos de igual duración. Si el asegurado optare por cubrir la prima en parcialidades, cada una de éstas vencerá al comienzo del periodo que comprenda.

Artículo 47.- Cualquier omisión o inexacta declaración de los hechos a que se refieren los artículos 8, 9 y 10 de la presente ley, facultará a la empresa aseguradora para considerar rescindido de pleno derecho el contrato, aunque no hayan influido en la realización del siniestro.

Artículo 52.- El asegurado deberá comunicar a la empresa aseguradora las agravaciones esenciales que tenga el riesgo durante el curso del seguro, dentro de las veinticuatro horas siguientes al momento en que las conozca. Si el asegurado omitiere el aviso o si él provoca una agravación esencial del riesgo, cesarán de pleno derecho las obligaciones de la empresa en lo sucesivo.

Artículo 53.- Para los efectos del artículo anterior se presumirá siempre:

I.- Que la agravación es esencial, cuando se refiera a un hecho importante para la apreciación de un riesgo de tal suerte que la empresa habría contratado en condiciones diversas si al celebrar el contrato hubiera conocido una agravación análoga;

II.- Que el asegurado conoce o debe conocer toda agravación que emane de actos u omisiones de sus inquilinos, cónyuge, descendientes o cualquier otra persona que, con el consentimiento del asegurado, habite el edificio o tenga en su poder el mueble que fuere materia del seguro.

Artículo 60.- En los casos de dolo o mala fe en la agravación del riesgo, el asegurado perderá las primas anticipadas.

Artículo 66.- Tan pronto como el asegurado o el beneficiario en su caso, tengan conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el contrato de seguro, deberán ponerlo en conocimiento de la empresa aseguradora.

Artículo 69.- La empresa aseguradora tendrá el derecho de exigir del asegurado o beneficiario toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Artículo 70.- Las obligaciones de la empresa quedarán extinguidas si demuestra que el asegurado, el beneficiario o los representantes de ambos, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación de que trata el artículo anterior.

Artículo 71.- El crédito que resulte del contrato de seguro vencerá treinta días después de la fecha en que la empresa haya recibido los documentos e informaciones que le permitan conocer el fundamento de la reclamación. Será nula la cláusula en que se pacte que el crédito no podrá exigirse sino después de haber sido reconocido por la empresa o comprobado en juicio.

Artículo 76.- Cuando el contrato o esta ley hagan depender la existencia de un derecho de la observancia de un plazo determinado, el asegurado a sus causahabientes que incurrieren en la mora por caso fortuito o de fuerza mayor, podrán cumplir el acto retardado tan pronto como desaparezca el impedimento.

Artículo 81.- Todas las acciones que se deriven de un contrato de seguro prescribirán:

I.- En cinco años, tratándose de la cobertura de fallecimiento en los seguros de vida.

II.- En dos años, en los demás casos. En todos los casos, los plazos serán contados desde la fecha del acontecimiento que les dio origen.

Artículo 82.- El plazo de que trata el artículo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que la empresa haya tenido conocimiento de él; y si se trata de la realización del siniestro,

desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros beneficiarios se necesitará, además, que éstos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

Artículo 167.- El seguro para el caso de muerte de un tercero será nulo si el tercero no diere su consentimiento, que deberá constar por escrito antes de la celebración del contrato, con indicación de la suma asegurada. El consentimiento del tercero asegurado deberá también constar por escrito para toda designación del beneficiario, así como para la trasmisión del beneficio del contrato, para la cesión de derechos o para la constitución de prenda, salvo cuando estas tres últimas

Artículo 168.- El contrato de seguro para el caso de muerte, sobre la persona de un menor de edad que no haya cumplido los doce años, o sobre la de una sujeta a interdicción, es nulo. La empresa aseguradora estará obligada a restituir las primas, pero tendrá derecho a los gastos si procedió de buena fe. En los seguros de supervivencia sobre las personas a que se refiere este artículo, podrá pactarse la devolución de las primas para el caso de muerte.

Artículo 169.- Cuando el menor de edad tenga doce años o más, será necesario su consentimiento personal y el de su representante legal; de otra suerte, el contrato será nulo.

Artículo 172.- Si la edad del asegurado estuviere comprendida dentro de los límites de admisión fijados por la empresa aseguradora, se aplicarán las siguientes reglas:

I. Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se pagare una prima menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de la empresa aseguradora se reducirá en la proporción que exista entre la prima estipulada y la prima de tarifa para la edad real en la fecha de celebración del contrato;

II. Si la empresa aseguradora hubiere satisfecho ya el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad del asegurado, tendrá derecho a repetir lo que hubiera pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos;

III. Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una prima más elevada que la correspondiente a la edad real, la empresa estará obligada a reembolsar la diferencia entre la reserva existente y la que habría sido necesaria para la edad real del asegurado en el momento de la celebración del contrato. Las primas ulteriores deberán reducirse de acuerdo con esta edad, y

IV. Si con posterioridad a la muerte del asegurado se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, la empresa aseguradora estará obligada a pagar la suma asegurada que las primas cubiertas hubieren podido pagar de acuerdo con la edad real.

    Para los cálculos que exige el presente artículo se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato.

12.2 Ley de Instituciones de Seguros y Fianzas

Artículo 276.- Si una Institución de Seguros no cumple con las obligaciones asumidas en el contrato de seguro dentro de los plazos con que cuente legalmente para su cumplimiento, deberá pagar al acreedor una indemnización por mora de acuerdo con lo siguiente:

I. Las obligaciones en moneda nacional se denominarán en Unidades de Inversión, al valor de éstas en la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y su pago se hará en moneda nacional, al valor que las Unidades

de Inversión tengan a la fecha en que se efectúe el mismo, de conformidad con lo dispuesto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo.

Además, la Institución de Seguros pagará un interés moratorio sobre la obligación denominada en Unidades de Inversión conforme a lo dispuesto en el párrafo anterior, el cual se capitalizará mensualmente y cuya tasa será igual al resultado de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en Unidades de Inversión de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

II. Cuando la obligación principal se denomine en moneda extranjera, adicionalmente al pago de esa obligación, la Institución de Seguros estará obligada a pagar un interés moratorio el cual se capitalizará mensualmente y se calculará aplicando al monto de la propia obligación, el porcentaje que resulte de multiplicar por 1.25 el costo de captación a plazo de pasivos denominados en dólares de los Estados Unidos de América, de las instituciones de banca múltiple del país, publicado por el Banco de México en el Diario Oficial de la Federación, correspondiente a cada uno de los meses en que exista mora;

III. En caso de que a la fecha en que se realice el cálculo no se hayan publicado las tasas de referencia para el cálculo del interés moratorio a que aluden las fracciones I y II de este artículo, se aplicará la del mes inmediato anterior y, para el caso de que no se publiquen dichas tasas, el interés moratorio se computará multiplicando por 1.25 la tasa que las sustituya, conforme a las disposiciones aplicables;

IV. Los intereses moratorios a que se refiere este artículo se generarán por día, a partir de la fecha del vencimiento de los plazos referidos en la parte inicial de este artículo y hasta el día en que se efectúe el pago previsto en el párrafo segundo de la fracción VIII de este artículo. Para su cálculo, las tasas de referencia a que se refiere este artículo deberán dividirse entre trescientos sesenta y cinco y multiplicar el resultado por el número de días correspondientes a los meses en que persista el incumplimiento;

V. En caso de reparación o reposición del objeto siniestrado, la indemnización por mora consistirá únicamente en el pago del interés correspondiente a la moneda en que se haya denominado la obligación principal conforme a las fracciones I y II de este artículo y se calculará sobre el importe del costo de la reparación o reposición; principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VI. Son irrenunciables los derechos del acreedor a las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo. El pacto que pretenda extinguirlos o reducirlos no surtirá efecto legal alguno. Estos derechos surgirán por el solo transcurso del plazo establecido por la Ley para el pago de la obligación principal, aunque ésta no sea líquida en ese momento.

Una vez fijado el monto de la obligación principal conforme a lo pactado por las partes o en la resolución definitiva dictada en juicio ante el juez o árbitro, las prestaciones indemnizatorias establecidas en este artículo deberán ser cubiertas por la Institución de Seguros sobre el monto de la obligación principal así determinado;

VII. Si en el juicio respectivo resulta procedente la reclamación, aun cuando no se hubiere demandado el pago de la indemnización por mora establecida en este artículo, el juez o árbitro, además de la obligación principal, deberá condenar al deudor a que también cubra esas prestaciones conforme a las fracciones precedentes;

VIII. La indemnización por mora consistente en el sistema de actualización e intereses a

que se refieren las fracciones I, II, III y IV del presente artículo será aplicable en todo tipo de seguros, salvo tratándose de seguros de caución que garanticen indemnizaciones relacionadas con el impago de créditos fiscales, en cuyo caso se estará a lo dispuesto por el Código Fiscal de la Federación.

El pago que realice la Institución de Seguros se hará en una sola exhibición que comprenda el saldo total por los siguientes conceptos:

a. Los intereses moratorios;
b. La actualización a que se refiere el primer párrafo de la fracción I de este artículo, y
c. La obligación principal.

En caso de que la Institución de Seguros no pague en una sola exhibición la totalidad de los importes de las obligaciones asumidas en el contrato de seguros y la indemnización por mora, los pagos que realice se aplicarán a los conceptos señalados en el orden establecido en el párrafo anterior, por lo que la indemnización por mora se continuará generando en términos del presente artículo, sobre el monto de la obligación principal no pagada, hasta en tanto se cubra en su totalidad.

Cuando la Institución interponga un medio de defensa que suspenda el procedimiento de ejecución previsto en esta ley, y se dicte sentencia firme por la que queden subsistentes los actos impugnados, el pago o cobro correspondientes deberán incluir la indemnización por demora que hasta ese momento hubiere generado la obligación principal, y

IX. Si la Institución de Seguros, dentro de los plazos y términos legales, no efectúa el pago de las indemnizaciones por mora, el juez o la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, según corresponda, le impondrán una multa de 1000 a 15000 Días de Salario.

En el caso del procedimiento administrativo de ejecución previsto en el artículo 278 de esta Ley, si la institución de seguros, dentro de los plazos o términos legales, no efectúan el pago de las indemnizaciones por mora, la Comisión le impondrá la multa señalada en esta fracción, a petición de la autoridad ejecutora que corresponda conforme a la fracción II de dicho artículo.

ARTÍCULO 492.- Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, en términos de las disposiciones de carácter general que emita la Secretaría, escuchando la previa opinión de la Comisión, estarán obligadas, en adición a cumplir con las demás obligaciones que les resulten aplicables, a:

I. Establecer medidas y procedimientos para prevenir y detectar actos, omisiones u operaciones que pudieran favorecer, prestar ayuda, auxilio o cooperación de cualquier especie para la comisión de los delitos previstos en los artículos 139 o 148 Bis del Código Penal Federal, o que pudieran ubicarse en los supuestos del artículo 400 Bis del mismo Código, y

II. Presentar a la Secretaría, por conducto de la Comisión, reportes sobre:
   a) Los actos, operaciones y servicios que realicen con sus clientes y usuarios, relativos a la fracción anterior, y
   b) Todo acto, operación o servicio, que pudiesen ubicarse en el supuesto previsto en la fracción I de este artículo o que, en su caso, pudiesen contravenir o vulnerar la adecuada aplicación de las disposiciones señaladas en la misma, que realice o en el que intervenga algún miembro del consejo de administración, directivos, funcionarios, empleados y apoderados.

Los reportes a que se refiere la fracción II de este artículo, de conformidad con las disposiciones de carácter general previstas en el mismo, se elaborarán y presentarán tomando en consideración, cuando menos, las modalidades que al efecto estén referidas en dichas disposiciones; las características que deban reunir los actos, operaciones y servicios a que se refiere este artículo para ser reportados, teniendo en cuenta sus montos, frecuencia y naturaleza, los instrumentos monetarios y financieros con que se realicen, y las prácticas comerciales y financieras que se observen en las plazas donde se efectúen; así como la periodicidad y los sistemas a través de los cuales habrá de transmitirse la información.

Asimismo, la Secretaría, en las citadas disposiciones de carácter general emitirá los lineamientos sobre el procedimiento y criterios que las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán observar respecto de:

a) El adecuado conocimiento de sus clientes y usuarios, para lo cual aquéllas deberán considerar los antecedentes, condiciones específicas, actividad económica o profesional y las plazas en que operen;
b) La información y documentación que las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deban recabar para la apertura de cuentas o celebración de contratos relativos a las operaciones y servicios que ellas presten y que acredite plenamente la identidad de sus clientes;
c) La forma en que las mismas Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas deberán resguardar y garantizar la seguridad de la información y documentación relativas a la identificación de sus clientes y usuarios o quienes lo hayan sido, así como la de aquellos actos, operaciones y servicios reportados conforme al presente artículo, y
d) Los términos para proporcionar capacitación al interior de las Instituciones, Sociedades Mutualistas, agentes de seguros y agentes de fianzas sobre la materia objeto de este artículo. Las disposiciones de carácter general a que se refiere el presente artículo, señalarán los términos para su debido cumplimiento.

Las Instituciones, las Sociedades Mutualistas, los agentes de seguros y los agentes de fianzas deberán conservar, por al menos diez años, la información y documentación a que se refiere el inciso c) del párrafo anterior, sin perjuicio de lo establecido en éste u otros ordenamientos aplicables.

La Secretaría estará facultada para requerir y recabar, por conducto de la Comisión, información y documentación relacionada con los actos, operaciones y servicios a que se refiere la fracción II de este artículo. Las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, estarán obligados a proporcionar dicha información y documentación. La Secretaría estará facultada para obtener información adicional de otras personas con el mismo fin y a proporcionar información a las autoridades competentes.

El cumplimiento de las obligaciones señaladas en este artículo no implicará trasgresión alguna a la obligación de confidencialidad legal, ni constituirá violación a las restricciones sobre revelación de información establecidas por vía contractual, a lo dispuesto en el artículo 190 de este ordenamiento, ni a lo dispuesto en materia del secreto propio de las operaciones a que se refiere el artículo 46 fracción XV, en relación con el artículo 117 de la Ley de Instituciones de Crédito.

Las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo deberán ser observadas por las Instituciones y Sociedades Mutualistas, por los agentes de seguros y los agentes de fianzas, así como por los miembros del consejo de administración,

administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados respectivos, por lo cual, tanto las instituciones y sociedades como las personas mencionadas serán responsables del estricto cumplimiento de las obligaciones que mediante dichas disposiciones se establezcan.

La violación a las disposiciones de carácter general a que se refiere este artículo será sancionada por la Comisión conforme al procedimiento previsto en los artículos 474 al 484 de la presente Ley, con multa equivalente del 10% al 100% de la operación inusual no reportada, y en los demás casos con multa de hasta 100,000 Días de Salario vigente.

Los servidores públicos de la Secretaría y de la Comisión, las Instituciones y Sociedades Mutualistas, así como los agentes de seguros y los agentes de fianzas, sus miembros del consejo de administración, administradores, directivos, funcionarios, empleados, factores y apoderados, deberán abstenerse de dar noticia de los reportes y demás documentación e información a que se refiere este artículo, a personas o autoridades distintas a las facultadas expresamente en los ordenamientos relativos para requerir, recibir o conservar tal documentación e información. La violación a estas obligaciones será sancionada en los términos de las leyes correspondientes.

12.3 Ley Monetaria

Artículo 8.- La moneda extranjera no tendrá curso legal en la República, salvo en los casos en que la Ley expresamente determine otra cosa. Las obligaciones de pago en moneda extranjera contraídas dentro o fuera de la República para ser cumplidas en ésta, se solventarán entregando el equivalente en moneda nacional, al tipo de cambio que rija en el lugar y fecha en que se haga el pago. Este tipo de cambio se determinará conforme a las disposiciones que para esos efectos expida el Banco de México en los términos de su Ley Orgánica. Los pagos en moneda extranjera originados en situaciones o transferencias de fondos desde el exterior, que se lleven a cabo a través del Banco de México o de Instituciones de Crédito, deberán ser cumplidos entregando la moneda, objeto de dicha trasferencia o situación. Ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de Control de Cambios en vigor. Las obligaciones a que se refiere el primer párrafo de este artículo, originadas en depósitos bancarios irregulares constituidos en moneda extranjera, se solventarán conforme a lo previsto en dicho párrafo, a menos que el deudor se haya obligado en forma expresa a efectuar el pago precisamente en moneda extranjera, en cuyo caso deberá entregar esta moneda. Esta última forma de pago sólo podrá establecerse en los casos en que las autoridades bancarias competentes lo autoricen, mediante reglas de carácter general que deberán publicarse en el Diario Oficial de la Federación; ello sin perjuicio del cumplimiento de las obligaciones que imponga el régimen de control de cambios en vigor.

MAPFRE hace de su conocimiento que los datos personales recabados, se tratarán para todos los fines vinculados con la relación jurídica celebrada. Consulte el aviso íntegro en www.mapfre.com.mx.

En cumplimiento a lo dispuesto en el artículo 202 de la Ley de Instituciones de Seguros y de Fianzas, la documentación contractual y la nota técnica que integran este producto de seguro, quedaron registradas ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, a partir del día 15 de diciembre de 2025, con el número PPAQ-S0041-0074-2025/CONDUSEF-007062-01.